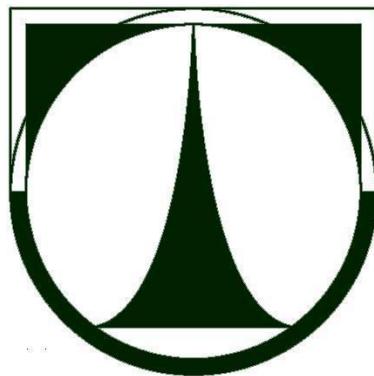


TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ekonomická fakulta



DIPLOMOVÁ PRÁCE

2012

Bc. Lukáš Elstner

Technická univerzita v Liberci
Ekonomická fakulta

Studijní program: **N 6202 – Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **Pojišťovnictví**

**Systém českého zdravotního pojištění po vstupu České republiky do
Evropské unie**

**Czech Health Insurance System after the Czech Republic's Accession to the
European Union**

DP – EF – KPO – 2012 – 05

Bc. Lukáš Elstner

Vedoucí práce: Ing. Žaneta Boučková, Ph.D., katedra pojišťovnictví
Konzultant: Mgr. Josef Novotný, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Počet stran: 83 Počet příloh: 6

Datum odevzdání: 4. května 2012

Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci dne 4. května 2012

Bc. Lukáš Elstner

Poděkování

Na tomto místě bych chtěl poděkovat především mé rodině, která mi pro tvorbu diplomové práce vytvořila odpovídající podmínky a byla mi vždy oporou.

Dále bych chtěl poděkovat vedoucí mé diplomové práce Ing. Žanetě Boučkové, Ph.D., za podnětné připomínky při sepisování diplomové práce.

V neposlední řadě patří mé díky rovněž mému konzultantovi Mgr. Josefu Novotnému, jehož odborné rady mi byly velice nápomocny.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na zhodnocení důsledků vstupu ČR do EU na systém českého zdravotního pojištění. Zkoumány jsou nejen důsledky na systém zdravotního pojištění jako celku, ale i izolovaně na jeho jednotlivé subjekty.

První část práce slouží čtenáři k obecnému seznámení s českým systémem zdravotního pojištění, jeho vývojem a subjekty, jež ho tvoří. V druhé části jsou charakterizovány důsledky vstupu ČR do EU pro pojištěnce. V následující kapitole jsou poté popsány konsekvence, vyplývající ze vstupu ČR do EU pro ostatní subjekty systému zdravotního pojištění. Čtvrtá kapitola je zaměřena na číselnou analýzu mezistátního poskytování zdravotní péče. Tato struktura práce je vybrána záměrně, aby se dané téma stalo pro čtenáře co možná nejsrozumitelnější. Ze stejného důvodu je na konci práce ještě uvedeno rámcové shrnutí poznatků.

Klíčová slova

Evropská unie, Evropský průkaz zdravotního pojištění, koordinace systémů sociálního zabezpečení, mezistátní poskytování zdravotní péče, systém zdravotního pojištění.

Annotation

The diploma thesis is focused on evaluation the effects of the Czech Republic's accession to the European Union for the Czech health insurance system. Examined are not only consequences for the health insurance system as a whole, but also for its individual subjects.

The first part serves as familiarization of a reader with Czech health insurance system, its evolution and its subjects. In the second part are characterized the consequences of the Czech Republic's accession to the European Union for the insured. The next chapter describes the consequences of the Czech Republic's accession to the European Union for other subjects of health insurance system. The fourth chapter is focused on numeric analysis of the international providing of health care. This structure of thesis is chosen deliberately in order to become comprehensible for the readers. For the same reason the thesis also include general summary.

Key Words

European Union, European Health Insurance Card, Social Security Coordination, International Providing of Health Care, Health Insurance System.

Obsah

Seznam obrázků.....	11
Seznam tabulek.....	12
Seznam zkratek a značek.....	13
Úvod	14
1 Vymezení českého systému zdravotního pojištění.....	16
1.1 Definování zdravotního pojištění.....	16
1.2 Historický vývoj zdravotního pojištění v ČR	17
1.3 Základní rysy současného českého systému zdravotního pojištění	18
1.4 Zdravotní pojišťovny v ČR.....	21
1.5 Pojištěnci.....	23
2 Konsekvence vyplývající ze vstupu ČR do EU pro pojištěnce	26
2.1 Třetí země - s dvoustrannou smlouvou o sociálním zabezpečení.....	26
2.2 Třetí země – bez dvoustranné smlouvy o sociálním zabezpečení	27
2.3 Členské země EU nebo EHP a Švýcarsko	28
2.3.1 Občané jiného členského státu - přechodný pobyt v ČR.....	29
2.3.2 Důchodci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci	29
2.3.3 Zaměstnanci a OSVČ z jiné členské země vykonávající činnost v ČR.....	30
2.3.4 Nezaopatření rodinní příslušníci bydlící v jiném členském státě.....	30
2.3.5 Žadatelé o plánovanou péči	31
2.3.6 Výjimky	31
2.4 Evropský průkaz zdravotního pojištění	32
3 Důsledky vstupu ČR do EU pro další subjekty systému zdravotního pojištění	35
3.1 Role poskytovatelů zdravotní péče	35
3.2 Role zdravotních pojišťoven.....	37
3.2.1 Obecné činnosti zdravotních pojišťoven	38
3.2.2 Konkrétní metodika české zdravotní pojišťovny.....	44
3.3 Styčné orgány	45
3.3.1 Centrum mezistátních úhrad.....	46
3.4 Proces mezistátního poskytování zdravotní péče a její úhrady v rámci EU	48

3.4.1	Případová studie A	49
3.4.2	Případová studie B.....	50
4	Analýza dopadů mezistátního poskytování zdravotní péče ve vztahu k ČR.....	53
4.1	Cizí pojištěnci v ČR.....	53
4.1.1	Případy ošetření cizinců v ČR	54
4.1.2	Náklady za ošetření cizinců v ČR	56
4.2	Čeští pojištěnci v zahraničí	59
4.2.1	Případy ošetření českých pojištěnců v zahraničí	59
4.2.2	Náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí	62
4.3	Porovnání předchozích výsledků a důsledky pro ČR	65
4.3.1	Celkové počty případů ošetření a celkové náklady za ně.....	65
4.3.2	Celkové náklady za ošetření a skutečné úhrady	68
5	Shrnutí a zhodnocení poznatků.....	73
	Závěr.....	77
	Seznam použité literatury	79
	Seznam příloh	83

Seznam obrázků

Obrázek 1: Systém českého zdravotního pojištění	25
Obrázek 2: Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC)	34
Obrázek 3: Průkaz pojištěnce bydlícího v ČR – nárok na plnou péči	39
Obrázek 4: Průkaz pojištěnce pobývajícího v ČR – nárok na lékařsky nezbytnou péči	39
Obrázek 5: Princip úhrady nákladů za ošetření – situace A	49
Obrázek 6: Princip úhrady nákladů za ošetření – situace B	51
Obrázek 7: Případy ošetření cizinců v ČR podle skupin osob	54
Obrázek 8: Případy ošetření cizinců v ČR celkově	55
Obrázek 9: Náklady za ošetření cizinců v ČR podle skupin osob	56
Obrázek 10: Náklady za ošetření cizinců v ČR celkově	57
Obrázek 11: Průměrné náklady za ošetření cizinců v ČR	58
Obrázek 12: Případy ošetření českých pojištěnců v zahraničí podle skupin osob	60
Obrázek 13: Případy ošetření českých pojištěnců v zahraničí celkově	61
Obrázek 14: Náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí podle skupin osob	62
Obrázek 15: Náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí celkově	63
Obrázek 16: Průměrné náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí	64
Obrázek 17: Srovnání počtu případů	66
Obrázek 18: Srovnání celkových nákladů za ošetření	67
Obrázek 19: Srovnání nákladů za ošetření cizinců v ČR s úhradami	69
Obrázek 20: Srovnání nákladů za ošetření českých pojištěnců v zahraničí s úhradami	70
Obrázek 21: Srovnání úhrad ze zahraničí s úhradami do zahraničí	71
Obrázek A: Formulář A1	86
Obrázek B: Formulář S1	88
Obrázek C: Formulář S2	90
Obrázek D: Potvrzení dočasně nahrazující EHIC	91
Obrázek E: Potvrzení o nároku	92
Obrázek F: Potvrzení o registraci	93

Seznam tabulek

Tabulka 1: Seznam českých zdravotních pojišťoven	23
Tabulka 2: E-formuláře	41
Tabulka 3: Přenositelné dokumenty	42
Tabulka 4: Skupiny SED (standardizované elektronické dokumenty).....	42
Tabulka 5: Průměrné náklady za ošetření cizinců v ČR – v Kč	59
Tabulka 6: Počet zahraničních pracovníků evidovaných v ČR.....	61
Tabulka 7: Průměrné náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí – v Kč.....	65

Seznam zkratek a značek

CMU	Centrum mezistátních úhrad
ČR	Česká republika
EESI	Elektronická výměna informací o sociálním zabezpečení (Electronic Exchange of Social Security Information)
EHIC	Evropský průkaz zdravotního pojištění (European Health Insurance Card)
EHP	Evropský hospodářský prostor
EU	Evropská unie
ES	Evropské společenství
Kč	Koruna česká (měna)
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
SED	Standardizované elektronické dokumenty

Úvod

Tématem této diplomové práce je „Systém zdravotního pojištění po vstupu České republiky do Evropské unie“. Jak už název sám napovídá, tato práce se zaměřuje především na to, jak vstup do Evropské unie (dále jen EU) ovlivnil fungování systému českého zdravotního pojištění.

Vstup České republiky (dále jen ČR) do EU měl zásadní dopad na mnoho oblastí života občanů ČR. Výjimkou není ani oblast zdravotnictví resp. zdravotního pojištění. Úlohou této diplomové práce bude postupně zmínit, jak se tyto změny konkrétně dotkly všech subjektů zainteresovaných na zdravotním pojištění. Důraz přitom bude kladen především na dopady týkající se pojištěnců a zdravotních pojišťoven. V návaznosti na to, ale již v menším rozsahu, se bude zabývat i dopady na stát a zdravotnická zařízení.

Dané téma je rovněž úzce spjato s problematikou mezistátního poskytování zdravotní péče. Ta je, dle mého názoru, stále více a více aktuální z důvodu neustále se zvyšující míry globalizace. Typickým znakem globalizace je totiž nárůst migrace obyvatelstva, díky němuž je potřeba modifikovat systémy dle jejich aktuálních potřeb. A právě jedním z nejdůležitějších systémů je systém poskytování zdravotní péče – zdravotního pojištění.

Tématem tohoto zaměření se chci zabývat hned z několika důvodů. Jako první se nabízí fakt, že studuji obor Pojišťovnictví a mám tudíž k danému tématu relativně blízký vztah. Tento vztah je následně ještě umocněn tím, že již delší dobu sbírám pracovní zkušenosti v oboru zdravotního pojištění a vypracováním této práce bych chtěl dále rozšířit své znalosti v tomto oboru. Dalším, neméně důležitým, důvodem je i to, že problematikou dopadu vstupu ČR do EU na nejrůznější ekonomická odvětví se zabývá mnoho odborných prací. S pracemi o dopadu vstupu na zdravotní pojištění a jeho účastníky je tomu, alespoň dle mého názoru, spíše naopak. V neposlední řadě mě ke zpracování tohoto tématu vedl i fakt, že tyto konsekvence jsou povětšinou „zašifrovány“ pouze v právních spisech a pro neodbornou veřejnost se tím stávají těžce dosažitelné a nesrozumitelné.

Úkolem této práce tedy je podat co nejsrozumitelnější formou, jaké konkrétní dopady měl vstup ČR do EU na výše zmíněné subjekty zdravotního pojištění. Tato, spíše teoretická,

analýza je rozšířena i o elementární statistickou analýzu vybraných dat, které je v práci rovněž věnována pozornost. Hlavním cílem této diplomové práce tedy je, podat do jisté míry stručné, ale komplexní a ucelené zhodnocení důsledků vstupu ČR do EU na systém českého zdravotního pojištění.

Práce se opírá zejména o platnou českou i komunitární legislativu, věrohodná statistická data, ale i o názory odborníků dané problematiky a informace zveřejněné zainteresovanými specializovanými institucemi. To vše přispěje k vytvoření komplexního a odborného povědomí o dané problematice.

1 Vymezení českého systému zdravotního pojištění

První část této práce je věnována obecnému popisu českého zdravotního pojištění. Domnívám se, že toto úvodní seznámení se základními východisky daného tématu dopomůže k vytvoření celistvosti práce. Postupně je 1. kapitola zaměřena na vývoj i současný stav zdravotního pojištění v ČR.

1.1 Definování zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění je obecně nástroj určený k financování úhrad za zdravotní péči. Alternativami ke zdravotnímu pojištění mohou být přímé platby pacientů, financování zdravotní péče prostřednictvím daní či různé charitativní zdroje. Systém zdravotního pojištění je však ve většině vyspělých zemí nejrozšířenější. [1 s. 17]

Tento systém funguje na principu sdílení rizika mezi velkým počtem účastníků. Pojištěnci pravidelně do systému přispívají relativně malými platbami, přestože zrovna zdravotní péči nevyžadují. Tím se ale vyhnou relativně velkému finančnímu zatížení v případě čerpání zdravotní péče. Ta je totiž v takovém případě hrazena právě ze zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění tedy jinými slovy slouží k přenesení rizika úhrady za čerpání zdravotní péče na jiný subjekt. [2 s. 203]

Výše zmíněný princip je znám jako princip solidarity a garantuje rovné právo na poskytnutí potřebné zdravotní péče pro všechny pojištěnce, nezávisle na výši příspěvku jednotlivých pojištěnců. Solidarita je tak uplatněna ve vztahu pracujících s nepracujícími, chudých s bohatými a zdravých s nemocnými. Vedle tohoto základního principu se zdravotní pojištění dále zakládá na svobodě volby lékaře, zdravotní pojišťovny či na dostupnosti zdravotních služeb pro všechny pojištěnce. V některých oblastech zdravotnictví se rovněž uplatňuje princip subsidiarity, a to prostřednictvím samofinancování části nákladů za některé zdravotnické služby (stomatologie, léky, atd.). [3]

Systémů zdravotního pojištění existuje ve světě několik (viz kapitola 1.3). Vzájemně se od sebe liší právě způsobem financování a mírou uplatnění jednotlivých principů.

1.2 Historický vývoj zdravotního pojištění v ČR

Prvopočátky zdravotního pojištění ve světě lze datovat do druhé poloviny 19. století. Nejprve tvořilo nevýznamnou část sociálního pojištění. V průběhu let však docházelo k výraznému rozvoji medicíny, a tedy i její finanční náročnosti. To mělo za následek vývoj prvních zdravotně pojistných systémů. Významnou zásluhu na tomto rozvoji pak měl německý kancléř Otto von Bismarck. [1 s. 14]

V českých zemích jsou počátky zdravotního pojištění spojeny s rozvojem průmyslové výroby. Koncem 19. století tak na našem území vznikají první tzv. nemocenské pokladny, jejichž účelem bylo zajištění úhrady péče pro dělníky. V průběhu let vzniklo až na čtyři sta podobných pokladen a pojištění se rozšiřovalo na stále větší škálu zaměstnanců (zemědělci, úředníci aj.). Pro tyto skupiny zaměstnanců se po vzniku Československa stalo povinným. Po druhé světové válce začaly vznikat tendence k zestátnění správy zdravotního pojištění, které po roce 1948 vyústilo v zavedení sovětského modelu zdravotnictví – tzv. Semaškův model (viz kapitola 1.3). Veškerou správu tak převzal stát a zdravotní péče byla financována pouze z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Tento systém však postupně vedl k výrazným finančním problémům ve zdravotnictví. Finance byly totiž směřovány především do jiných prioritních odvětví a tím docházelo ke značnému zaostávání českého zdravotnictví. Po roce 1989, kdy opět došlo k politické přeměně, se postupně systém zdravotního pojištění reformoval s důrazem na zefektivnění poskytování a úhrady zdravotní péče. Došlo tak k privatizaci valné části zdravotnických zařízení a vzniku veřejného zdravotního pojištění Bismarckovského typu. Nejdříve celý trh „obhospodařovala“ pouze jedna pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna. Následně však, z důvodu vytvoření konkurenčního prostředí, vznikly další tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. [4 s. 31-37]

1. května 2004 došlo k další významné změně v českém zdravotně pojistném systému, a to vstupem ČR do EU. Tím se výrazně změnilo fungování celého systému. Byla přijata nová opatření a vznikly tím nové možnosti, ale i povinnosti pro všechny zainteresované subjekty. Tyto dopady jsou podrobně rozebrány v dalších částech této práce.

1.3 Základní rysy současného českého systému zdravotního pojištění

V současnosti se systémy zdravotního pojištění dělí na dva základní typy: statutární zdravotní pojištění a privátní zdravotní pojištění. Základním rysem statutárního zdravotního pojištění je, že na základě zákona je povinné pro všechny občany dané země či alespoň pro určité skupiny obyvatelstva (např.: zaměstnanci, osoby určitého věku atd.). Privátní zdravotní pojištění charakterizuje naopak jeho dobrovolnost či uplatnění principu ekvivalence (velikost pojistného závisí na míře rizika pojištěnce). Ve většině zemí se tyto dva systémy vzájemně prolínají. Nejinak je tomu i v České republice, kde převážnou většinu zdravotních výdajů pokrývá statutární zdravotní pojištění, nicméně své místo na českém trhu má i privátní zdravotní pojištění. [1 s. 17-18]

Statutární zdravotní pojištění lze následně rozdělit, dle způsobu financování, na dva modely: Beveridgeův model a Bismarckův model. Beveridgeův model je založen na financování zdravotnictví ze všeobecných daní a univerzálním pojistným krytím populace s poskytováním zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních. Financování a zároveň provozování zdravotnických zařízení je poté úkolem specializovaných úřadů při státní správě (např.: národní zdravotní služba ve Velké Británii). Oproti tomu v Bismarckově modelu je zdravotnictví financováno z povinných odvodů pojistného z příjmu pojištěnců. Správu financí obstarávají samosprávné zdravotní pojišťovny, se kterými jsou následně smluvně vázáni poskytovatelé zdravotní péče. V České republice je v současnosti uplatňován druhý jmenovaný model, tedy Bismarckův. Nutno zmínit, že v minulosti existoval ještě model Semaškův. Ten se vyznačuje úplným zestátněním správy, financování i poskytování zdravotní péče. V současnosti je to však spíše historický model, který byl uplatňován v bývalých socialistických zemích (zasáhl tedy i do naší minulosti). [1 s. 19-20]

V České republice se hojněji než výraz statutární zdravotní pojištění užívá výraz veřejné zdravotní pojištění či všeobecné zdravotní pojištění. Právním základem veřejného zdravotního pojištění v ČR jsou následující zákony:

- zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění,
- zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění,
- zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
- zákon č. 280/1992 Sb. o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Po vstupu ČR do EU se důležité právní prameny týkající se zdravotního pojištění dále rozšiřují o právní akty komunitárního charakteru:

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení,
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení,
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.

Je třeba zdůraznit, že tato nařízení významně napomáhají k dosažení jedné ze čtyř základních ekonomických svobod vnitřního trhu EU a to svobody volného pohybu osob. K tomuto účelu slouží čtyři principy koordinace sociálního zabezpečení, na nichž jsou tato nařízení vystavěna. Jedná se o:

- rovnost nakládání – zákaz diskriminace na základě státní příslušnosti,
- aplikace právního řádu jediného státu – pravidlo státu místa výkonu činnosti,
- sčítání dob pojištění – k relevantnímu posouzení nároku na dávky,

- zachování nabytých práv – možnost výplaty dávek do jiného členského státu. [5]

Nutno podotknout, že po dlouhou dobu se daná problematika v EU řídila nařízeními 1408/71 a 574/72. Jelikož však platila více než 30 let a byla mnohokrát upravována, stala se již nevyhovující a byla tudíž nahrazena. Od 1. května 2010 jsou tak náhradou za ně aktuální nařízení 883/2004 a 987/2009 viz výše. Nařízení 1408/71 a 574/72 si však stále zanechávají jistou potřebnost. Tato nařízení jsou dále aplikována na členské země Evropského hospodářského prostoru (Norsko, Lichtenštejnsko, Island), které nejsou členy EU. Rovněž jsou aplikována na Švýcarsko a třetí země. V blízké době se však počítá s tím, že i tyto země přistoupí k aplikaci nařízení nových (např. Švýcarsko od 1. 4. 2012). [6 s. 60]

Kromě těchto nařízení¹ dané téma rovněž upravují i další právní akty práva Evropského společenství: směrnice² a rozhodnutí³ a eventuálně i rozsudky Evropského soudního dvora (resp. Soudního dvora EU).

Je ovšem zajímavé, že z pohledu EU spadá oblast zdravotnictví pouze do tzv. doplňkových politik. EU tedy v této otázce „ctí“ tzv. princip subsidiarity. Jinými slovy ponechává odpovědnost za organizaci a poskytování zdravotní péče na jednotlivých členských státech. Svou „doplňkovou“ roli tudíž hrají odpovědné orgány EU hlavně ve snaze o zlepšování veřejného zdraví, předcházení nemocem a zjišťování příčin ohrožení zdraví. [7]

¹ Obecně a přímo závazné právní akty. Stávají se součástí právního řádu všech států EU ihned po schválení, a to v nezměněné podobě. Jsou nadřazené zákonům členské země.

² Právní akty, zavazující zúčastněné státy provést ve svém právním řádu změny k určitému datu tak, aby do něj byl implementován cíl směrnice. Obsah směrnice je pro všechny státy stejný, forma její implementace však může být u jednotlivých států různá.

³ Přímé závazné právní akty, vztahující se pouze na určené subjekty.

1.4 Zdravotní pojišťovny v ČR

Zdravotní pojišťovny v ČR jsou veřejnoprávní neziskové organizace, jejichž hlavní činností je provádění veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny se opět dají rozdělit na statutární a privátní zdravotní pojišťovny. Jak již však bylo řečeno, privátní zdravotní pojištění tvoří jen nepatrnou část českého zdravotně pojistného trhu. Spadají sem převážně služby, jako pojištění léčebných výloh v zahraničí. Tento produkt je poté nabízen statutárními zdravotními pojišťovnami, ale rovněž klasickými komerčními pojišťovnami. Zbytek zdravotně pojistného trhu (veřejné zdravotní pojištění) zabezpečují statutární zdravotní pojišťovny. [1 s. 195]

Statutární zdravotní pojišťovny lze pak rozdělit na následující 2 skupiny:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna,
- zaměstnanecké zdravotní pojišťovny – resortní, oborové, podnikové.

Mezi základní činnosti zdravotních pojišťoven patří zejména výběr a správa pojistného na zdravotní pojištění, úhrada péče zdravotnickým zařízením za poskytnutou péči pojištěncům, vydávání průkazu pojištěnce jejím pojištěncům aj. [8 § 40]

Jak již bylo výše zmíněno, zdravotní pojišťovny v ČR jsou veřejnoprávní neziskové organizace. Jejich hospodaření je prováděno prostřednictvím fondů, které tvoří. Těmito fondy jsou:

- základní fond,
- rezervní fond,
- provozní fond,
- sociální fond,
- fond dlouhodobého majetku,

- fond reprodukce dlouhodobého majetku,
- fond prevence.

Tvorba a čerpání těchto fondů je následně stanovena vyhláškou Ministerstva financí č. 22/1998 Sb. Konkrétní plány o činnosti a hospodaření pojišťovny jsou zachyceny v tzv. zdravotně pojistném plánu, který musí tvořit každá zdravotní pojišťovna. Klíčovými orgány zdravotní pojišťovny jsou pak správní rada a dozorčí rada. [4 s. 79]

V kapitole 1.1 je zmíněn hlavní princip zdravotního pojištění – princip solidarity. Tento princip se úzce dotýká i zdravotních pojišťoven. Je totiž aplikován nejen na straně příjmové, ale rovněž na straně výdajové. V tomto případě je projevem solidarity princip přerozdělování pojistného. Výdaje a příjmy zdravotních pojišťoven jsou totiž přímo závislé na portfoliu jejich pojištěnců (solventnost, zdravotní stav apod.). Je zřejmé, že takto nastavený systém by bez jakéhokoli zásahu zvýhodňoval zdravotní pojišťovny s méně nákladnými pojištěnci a naopak ruinoval zdravotní pojišťovny s nákladnými pojištěnci. Rovněž by mohlo docházet k upřednostňování výběru zaměstnaných, mladých a zdravých pojištěnců na úkor ostatních skupin pojištěnců. K omezení těchto důsledků slouží právě systém přerozdělování pojistného. K přerozdělování pojistného dochází v ČR již od roku 1993. Procentuální podíl přerozdělovaného pojistného společně s kritérii přerozdělování se však postupem času měnil a to až do současné podoby, kdy je přerozdělováno 100 % přijatého pojistného podle nákladovosti pojištěnců (36 nákladových skupin dle věku a pohlaví) a počtu mimořádně nákladných pojištěnců. [9]

V současné době na českém trhu působí 8 zdravotních pojišťoven. Stěžejní roli má největší z nich – Všeobecná zdravotní pojišťovna. Je zřízena na základě samostatného zákona č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Dle tohoto zákona má, oproti ostatním zdravotním pojišťovnám, některé zvláštní úkoly, například: vedení registru všech pojištěných osob, vedení registru zdravotnických zařízení, správu tzv. účtu přerozdělování, či povinnost převzetí pojištěnců po zbankrotované zaměstnanecké pojišťovně. Vedle toho existují zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, jejichž činnost upravuje zákon č. 280/1992 Sb. o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách. Ty se

zaměřují zejména na zdravotní pojištění osob zaměstnaných v určitém resortu, oboru či podniku. Licenci ke své činnosti potom získávají od Ministerstva zdravotnictví po splnění stanovených podmínek. Seznam všech zdravotních pojišťoven, které v současnosti působí na českém trhu, je uveden v tabulce č. 1. [1 s. 192]

Tabulka 1: Seznam českých zdravotních pojišťoven

Název zdravotní pojišťovny	Kód zdravotní pojišťovny	Adresa sídla
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	111	Orlická 2020/4, Praha 3
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	201	Drahobejlova 1404/4, Praha 9
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	205	Jeremenkova 11, Ostrava-Vítkovice
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	207	Roškotova 1225/1, Praha 4
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209	Husova 302, Mladá Boleslav
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	211	Kodaňská 1441/46, Praha 10
Revírní bratrská pokladna	213	Michálkovická 108, Slezská Ostrava
Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	217	Čermákova 1951, Kladno

Zdroj: zpracováno z [10]

1.5 Pojištěnci

Pojištěnci jsou samozřejmě důležitým prvkem systému zdravotního pojištění. Na jedné straně systém spolufinancují a na straně druhé čerpají zdravotní péči. Podrobně se problematikou pojištěnců zabývá Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Níže jsou uvedeny pouze vybrané výňatky.

„V ČR jsou zdravotně pojištěny:

- *osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR,*

- *osoby, které na území ČR nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR.*“ [8 § 2]

„Zdravotní pojištění vzniká dnem:

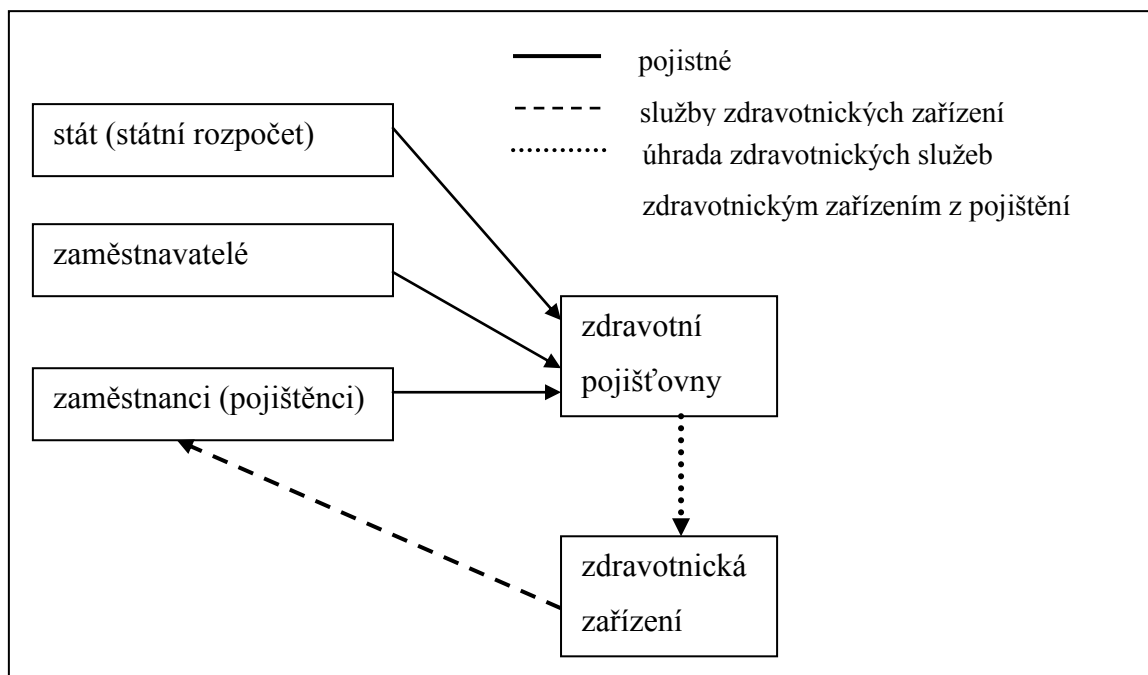
- *narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území ČR,*
- *kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem,*
- *dnem získání trvalého pobytu na území ČR.*

Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- *úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého,*
- *kdy osoba bez trvalého pobytu v ČR přestala být zaměstnancem,*
- *ukončení trvalého pobytu na území ČR.*“ [8 § 3]

Plátce pojistného na zdravotní pojištění lze rozdělit do tří skupin. Do první skupiny spadají zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné (dále jen OSVČ) apod. Zaměstnanci v současnosti odvádějí pojistné na zdravotní pojištění ve výši 4,5 % z vyměřovacího základu. OSVČ odvádějí 13,5 % z vyměřovacího základu. Je třeba zdůraznit, že vyměřovací základy jsou pro jednotlivé skupiny definovány zcela odlišně (viz zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění - § 3). Další skupinu tvoří zaměstnavatelé, kteří odvádějí část pojistného za své zaměstnance a to ve výši 9 % z vyměřovacího základu. Dohromady je tak za zaměstnance odvedeno rovněž 13,5 % (v poměru zaměstnanec : zaměstnavatel → 1 : 2). Posledním druhem plátce pojistného na zdravotní pojištění je stát. Ten platí pojistné pouze za určité skupiny osob, jako například za nezaopatřené děti, příjemce rodičovského příspěvku, poživatele důchodu apod. Výše pojistného je stanovena na 13,5 % z vyměřovacího základu, který je ovšem opět odlišný od předchozích. [8 § 4, 5, 6, 7]

Fungování a financování celého systému zdravotního pojištění je zjednodušeně zobrazeno v následujícím obrázku č. 1.



Obrázek 1: Systém českého zdravotního pojištění

Zdroj: zpracováno z [11 s. 37]

Obrázek č. 1 ilustruje vztah mezi subjekty zainteresovanými v systému zdravotního pojištění. Nejprve vzniká pojistný vztah mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou. V návaznosti na to je zdravotní pojišťovně placeno pojistné. To je hrazeno buď pojištěncem a zaměstnavatelem, nebo prostřednictvím státu. V případě čerpání zdravotní péče (čerchovaná šipka) jsou náklady vyúčtovány příslušné zdravotní pojišťovně a následně zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou uhrazeny (tečkovaná šipka).

2 Konsekvence vyplývající ze vstupu ČR do EU pro pojištěnce

Jak již bylo zmíněno v podkapitole „Historický vývoj zdravotního pojištění v ČR“, jedna z posledních významných změn v systému českého zdravotního pojištění nastala 1. května 2004. Tímto dnem vstoupila ČR do EU, a tím se jí otevřely nové možnosti, ale i povinnosti. Tato kapitola se zabývá konsekvencemi těchto změn a to z pohledu pojištěnců.

Z valné části je tato kapitola věnována poskytování mezistátní péče mezi ČR a jinými členskými státy EU (potažmo Norskem, Lichtenštejnskem, Islandem, Švýcarskem). Nicméně je nutné doplnit tuto analýzu i o případ, kdy dochází k poskytování zdravotní péče mezi ČR a tzv. třetími zeměmi. Z důvodu zachování komplexnosti práce se tato kapitola věnuje i tomuto případu. Z výše zmíněného hlediska bude tedy 2. kapitola rozdělena na podkapitoly v závislosti na původu pojištěnce a vztahu dané země původu k ČR. Pro zjednodušení a přehlednost budou jednotlivé situace demonstrovány na příkladu, kdy ČR je zemí, do které cizinec, z různých důvodů, vycestoval a žádá zde o poskytnutí zdravotní péče. Je potřeba si ovšem uvědomit, že stejné postupy by analogicky platily i v situaci, kdy by český občan vycestoval do zahraničí. Závěrečná část této kapitoly bude věnována Evropskému průkazu zdravotního pojištění, jako nedílného prvku systému mezistátního poskytování zdravotní péče.

2.1 Třetí země - s dvoustrannou smlouvou o sociálním zabezpečení

První popsanou variantou je, že cizinec, který vycestoval do České republiky, migruje ze třetích zemí (země mimo EU, EHP a Švýcarsko), které mají s ČR uzavřenou tzv. dvoustrannou (bilaterální) smlouvu o sociálním zabezpečení. V takovémto případě dochází, na základě výše uvedené smlouvy, k přenosu nároku ze zdravotního pojištění na území druhého smluvního státu.

Zdravotní péče, která je poskytována na základě dvoustranné smlouvy, je většinou omezena pouze na péči neodkladnou a nutnou. Pro čerpání zdravotní péče musí nejprve cizinec předložit české zdravotní pojišťovně příslušný formulář, který si nechá vystavit u zahraniční instituce, u které je pojištěn. Na základě toho česká zdravotní pojišťovna vystaví cizinci tzv. Potvrzení o registraci nebo Průkaz pojištěnce smluvního státu pobývajícího v ČR. S tímto průkazem se následně cizinec prokáže ve zdravotnickém zařízení při poskytování péče. Péče je následně poskytována na účet instituce v zemi původu, u které je pojištěnec pojištěn. [12]

Je potřeba zmínit, že před vstupem ČR do EU, měla ČR zabezpečeno mezistátní poskytování zdravotní péče s mnoha zeměmi právě na základě bilaterálních smluv. Nyní, po vstupu ČR do EU, jsou tyto smlouvy mnohdy sice stále platné, avšak v rámci členských států již nejsou tolik využívány (viz dále). Aktivně jsou využívány již jen s několika „nečlenskými“ státy: Chorvatsko, Černá Hora, Makedonie aj.

Vedle toho existují ještě tzv. dvoustranné dohody v oblasti zdravotnictví. Ty jsou v současnosti již méně frekventované. Jde zejména o mezistátní dohody o spolupráci, které mj. upravují i vzájemné bezplatné poskytování zdravotní péče při přechodném pobytu ve smluvním státu v případě akutního onemocnění nebo úrazu. K poskytnutí zdravotní péče v tomto případě postačí pouze prokázání občanství. Péče je následně hrazena Ministerstvem zdravotnictví ČR. Dohod tohoto typu měla dříve Československá socialistická republika uzavřeno více. V současnosti však má ČR tuto dohodu uzavřeno pouze s Kubou a Jemenem. [12]

2.2 Třetí země – bez dvoustranné smlouvy o sociálním zabezpečení

Druhá varianta se týká případu, kdy cizinec, který vycestoval do České republiky, migruje ze třetích zemí, které však s ČR nemají uzavřenou ani dvoustrannou smlouvu o sociálním zabezpečení.

Jelikož právní řád ČR stanovuje, že každý cizinec na území ČR musí disponovat pojištěním kryjícím náklady na zdravotní péči, tak i tyto osoby musejí toto ustanovení

plnit. Prvním východiskem této situace může být získání zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým bydlištěm v ČR. Poté se stává účastníkem českého Veřejného zdravotního pojištění (viz kapitola 1.5). Dalším řešením pak může být uzavření cestovního zdravotního pojištění, které kryje náklady na poskytnutou zdravotní péči. Toto komerční pojištění bývá většinou sjednáváno v zemi, ze které se cestuje, a má většinou krátkodobější charakter. Vedle toho lze uzavřít obdobný typ pojištění přímo v ČR, tzv. zdravotní pojištění cizinců. I toto pojištění je komerčního typu a v ČR je nabízeno ve dvou typech: zdravotní pojištění pro případ neodkladné péče a zdravotní pojištění pro případ komplexní péče. Jak už názvy napovídají, liší se od sebe především rozsahem kryté péče. Od veřejného zdravotního pojištění se potom liší zejména tím, jak se stanovuje jeho cena, a tím, že existují limity pojistného plnění samotného rozsahu kryté péče. Posledním, krajním řešením pak může být pobyt cizince bez pojištění. V tomto případě mu však hrozí právní postih a v případě poskytnutí zdravotní péče po něm bude vyžadována úhrada v hotovosti. [12]

2.3 Členské země EU nebo EHP a Švýcarsko

Poslední variantou je, že cizinec, který vycestoval do České republiky, migruje z členského státu EU nebo států Evropského hospodářského prostoru (navíc Norsko, Lichtenštejnsko, Island), či ze Švýcarska. Pro účely této práce budou tyto země zvány souhrnně členské země. Jelikož je Česká republika od 1. 5. 2004 rovněž členem Evropské unie, má tento cizinec mnohdy podobné podmínky poskytování péče v ČR, jako by měl ve svém domovském státě. Rozsah poskytování a úhrady péče je poté dále závislý na několika faktorech, jako například: délka doby vycestování, důvod vycestování apod. Tyto podvarianty dle jednotlivých kategorií osob budou podrobněji rozebrány dále.

2.3.1 Občané jiného členského státu - přechodný pobyt v ČR

Do této kategorie osob spadají například turisté, studenti nebo vyslaní pracovníci⁴. V tomto případě mají cizinci z jiného členského státu ze zákona nárok na stejné zacházení a úhradu lékařsky nezbytné péče jako čeští pojištěnci. K čerpání péče je v tomto případě nutné ve zdravotnickém zařízení pouze předložit Evropský průkaz zdravotního pojištění či jeho náhradu: Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění. Výjimku však tvoří vyslaní pracovníci, ti si musí před vycestováním obstarat na okresní správě sociálního pojištění tzv. formulář A1⁵ (resp. E 101). Dále je nutné zdůraznit, že hrazena je pouze péče nezbytná a to do stejné výše jako u českých pojištěnců. Případné spoluúčasti jsou tedy rovněž dopláceny na vlastní náklady. Náklady, které jsou hrazené ze zdravotního pojištění, zprostředkovaně hradí zdravotní pojišťovna v místě pojištění (domovský stát). [13 s. 24]

Z důvodu možné spoluúčasti při úhradě zdravotní péče v cizině je tedy stále vhodné uzavřít při vycestování do zahraničí komerční cestovní pojištění, které kryje i tyto náklady.

2.3.2 Důchodci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Tento případ se týká důchodců a jejich nezaopatřených rodinných příslušníků, kteří pocházejí z jiné členské země, ale bydlí v ČR. Ti mají v současnosti nárok na plnou zdravotní péči, a to jak v ČR, tak i v zemi pojištění. Podmínkou je, že v obou zemích zároveň nepobírají důchod. Před přestěhováním je potřeba vyžádat si určité nárokové dokumenty – formulář S1⁶ (resp. E 121) od zdravotní pojišťovny ve státě pojištění a ty po přestěhování předat zdravotní pojišťovně v ČR. Poté je důchodce zaregistrován v ČR jako

⁴ Vyslaní pracovníci tvoří jednu z výjimek, jelikož se na ně nevztahuje pravidlo státu místa výkonu činnosti, viz kapitola 2.3.6.

⁵ Doklad o tom, že zaměstnanec stále podléhá právním předpisům vysílající země, viz **příloha A**.

⁶ Doklad sloužící k registraci do systému zdravotní péče v zemi, ve které občan žije, je-li zdravotně pojištěn v zemi jiné, viz **příloha B**.

důchodce pocházející z jiného členského státu a náklady na jeho péči i péči pro jeho nezaopatřené rodinné příslušníky jsou tak nadále zprostředkovaně hrazeny zdravotní pojišťovnou v zemi pojištění. V současnosti však existují ještě určité výjimky a to u států, na které ještě nebyla rozšířena platnost nových nařízení (Norsko, Lichtenštejnsko, Island či Švýcarsko) i některých jiných členských států (např.: Slovensko, Itálie apod.). V případě, že tedy důchodce či jeho nezaopatření rodinní příslušníci migrují z těchto států, mají v ČR nárok na plnou zdravotní péči, avšak v zemi pojištění pouze na péči nezbytnou. [13 s. 26-27]

2.3.3 Zaměstnanci a OSVČ z jiné členské země vykonávající činnost v ČR

V této situaci zaměstnanec nebo OSVČ vykonává výdělečnou činnost v ČR, avšak bydlí v jiném členském státě. I v tomto případě mají on i jeho nezaopatření rodinní příslušníci nárok na plnou zdravotní péči jak v ČR, tak i v zemi svého bydliště. Nyní je ovšem takovýto zaměstnanec pojištěncem zdravotní pojišťovny v místě výkonu výdělečné činnosti (tedy ČR). Je tedy opět potřeba vyžádat si určité nárokové dokumenty (formulář S1) od zdravotní pojišťovny v ČR a předat je zdravotní pojišťovně v místě bydliště. Zaměstnanec i jeho nezaopatření rodinní příslušníci tak v této zemi budou zaregistrováni jako čeští pojištěnci. Náklady na péči v místě bydliště jsou hrazeny zprostředkovaně zdravotní pojišťovnou v místě výkonu výdělečné činnosti (tedy ČR). Do této skupiny lze zařadit i tzv. přeshraniční pracovníky (pendlery), ti ovšem opět tvoří určitou výjimku a bude o nich zmíněno v kapitole 2.3.6. [13 s. 23]

2.3.4 Nezaopatření rodinní příslušníci bydlící v jiném členském státě

Tato situace je charakterizována následovně: zaměstnanec nebo OSVČ vykonává výdělečnou činnost v ČR, kde zároveň i bydlí, přičemž jeho nezaopatření rodinní příslušníci bydlí v jiném členském státě. V tomto případě si zaměstnanec opět vyžádá určité nárokové dokumenty (formulář S1) od své české zdravotní pojišťovny a ty předá zdravotní pojišťovně v místě bydliště svých nezaopatřených rodinných příslušníků. Ti budou na základě tohoto zaregistrováni jako čeští pojištěnci a budou mít opět nárok na plnou zdravotní péči v místě bydliště i v ČR. Náklady na poskytnutou zdravotní péči opět

ponese česká zdravotní pojišťovna. I v tomto případě doposud existují drobné odlišnosti v postupech a rozsahu péče u států, na které ještě nebyla rozšířena platnost nových nařízení. [13 s. 23]

2.3.5 Žadatelé o plánovanou péči

Posledním případem je, že pojištěnec z jiného členského státu vycestuje do ČR za účelem čerpání zdravotní péče. V tomto případě buď zažádá svou zdravotní pojišťovnu o povolení, nebo vycestuje bez jejího povolení. Pokud pojišťovnu zažádá a ta mu povolení vydá, má nárok na stejnou péči i její cenu jako čeští pojištěnci. Souhlas je vydáván zdravotní pojišťovnou na nárokovém dokumentu S2⁷ (resp. E 112). Následně je péče zprostředkovaně hrazena zdravotní pojišťovnou v místě bydliště, přičemž výše úhrady je závislá na úhradových podmínkách českých i země bydliště (hrazeno je do výše ceny, která je příznivější pro pojištěnce). Pokud však pojištěnec vycestuje bez souhlasu pojišťovny, hradí si náklady péče sám. Po návratu do země bydliště pak může požádat svou zdravotní pojišťovnu o refundaci nákladů. Pojišťovna má ovšem povinnost mu vyhovět pouze v případě, jedná-li se o mimonemocniční péči. Výše případné refundace je ovšem v tomto případě omezena cenou, za kterou je stejná péče poskytována v zemi bydliště. Je vhodné na tomto místě zmínit, že udělení souhlasu s plánovanou péčí je čistě v kompetenci zdravotní pojišťovny. Ta při svém rozhodování bere v potaz zejména to, zda je péče poskytována a hrazena v místě státu bydliště, v jaké době může být péče poskytnuta a jaký je zdravotní stav pacienta. [13 s. 124]

2.3.6 Výjimky

V kapitolách 2.3.1-2.3.5 jsou uvedeny postupy u víceméně standardních situací. Některé výjimečné případy se však dle těchto postupů řídit nemusí. Jde zejména o výjimky v pravidlech určování příslušnosti k právním předpisům sociálního zabezpečení. Základním pravidlem k určování příslušných právních předpisů je „pravidlo státu místa

⁷ Doklad prokazující nárok pojištěnce na plánovanou přeshraniční péči (souhlas zdravotní pojišťovny v místě bydliště) viz **příloha C**.

výkonu výdělečné činnosti“. Níže jsou však uvedeny některé kategorie osob, u nichž toto pravidlo uplatňováno není.

- **Vyslaní zaměstnanci** – zaměstnanci vyslaní k výkonu činnosti do jiného členského státu podléhají právním předpisům vysílajícího státu; doba vyslání nesmí přesáhnout 24 měsíců; příslušnost k právním předpisům osvědčuje nárokový formulář A1 (resp. E 101). [14]
- **Nezaměstnaní pobírající dávky v nezaměstnanosti** – osoby, které přišly o zaměstnání a pobírají dávky v nezaměstnanosti, jsou nadále pojištěnci státu, od jehož instituce tyto dávky pobírají (stát posledního zaměstnání); po uplynutí doby pobírání dávek se stávají pojištěnci státu v místě bydliště; potvrzení o příslušnosti se nevystavuje. [14]
- **Nezaměstnaní bez nároku na dávky v nezaměstnanosti** – osoby, které přišly o zaměstnání a nemají nárok na dávky v nezaměstnanosti, jsou pojištěnci státu v místě bydliště, potvrzení o příslušnosti se nevystavuje. [14]
- **Přeshraniční zaměstnanci (pendleři)** – pro zaměstnance, kteří jsou zaměstnáni v jiném členském státě, než kde bydlí (kam se vracejí nejméně jednou týdně), platí stejná pravidla, jako pro ostatní zaměstnance vykonávající činnost v jiném členském státě; výjimkou ovšem je, že jeho nezaopatření rodinní příslušníci mají v zemi, kde pendler pracuje, nárok pouze na nezbytnou lékařskou péči; příslušnost k právním předpisům osvědčuje nárokový formulář S1 (resp. E 106). [14]

2.4 Evropský průkaz zdravotního pojištění

V kapitole 2.3 je mnohokrát zmíněn Evropský průkaz zdravotního pojištění. Tento doklad je mnohdy klíčový k poskytování zdravotní péče v domovském státě, ale i při zahraničním ošetření. I z tohoto důvodu je tomuto dokladu věnována samostatná kapitola.

Evropský průkaz zdravotního pojištění, v anglickém jazyce European Health Insurance Card (dále jen EHIC), je základní přenosný nárokový dokument v systémech zdravotního

pojištění EU (v některých členských zemích se však stále lze setkat i s národními zdravotními průkazy). Tímto dokumentem je prokazována příslušnost ke zdravotnímu pojištění určité země EU, potažmo přímo k instituci pojištění. Základní funkcí EHIC je zaručení a usnadnění přístupu k veřejným zdravotním službám v domovské zemi, ale i při migraci do jiné členské země. Například během přechodného pobytu v jiné členské zemi EHIC zaručuje pojištěnci přístup k veřejným zdravotním službám (lékařsky nezbytná péče), a to na stejné úrovni jako občanům dané země. Opět je ovšem nutné zdůraznit, že průkaz nekryje případné běžné spoluúčasti pacienta či péči poskytnutou v privátních zdravotnických zařízeních. [15]

EHIC vydává příslušná instituce členské země (např.: zdravotní pojišťovna), u které je pojištěnec pojištěn. Pokud pojištěnci není EHIC vydán, je pojišťovna povinna mu vydat provizorní náhradní průkaz – Potvrzení dočasně nahrazující EHIC⁸. Každý pojištěnec pak musí mít vlastní zdravotní průkaz. Kvůli zabezpečení jednoznačné a snadné rozpoznatelnosti má EHIC ve všech členských státech stejné technické parametry. Přední strana průkazu je pro všechny země stejná, zatímco zadní se může v jednotlivých zemích lišit. EHIC je průkaz individuální a je tedy vystavený na jméno držitele průkazu. Na průkazu jsou mj. uvedeny následující údaje: příjmení a jméno držitele, datum narození, datum platnosti průkazu, identifikace příslušné zdravotní pojišťovny aj. Přesná technická specifikace EHIC je upravena v Rozhodnutí Správní komise č. S 2 – o technické specifikaci Evropského průkazu zdravotního pojištění. [16]

⁸ Průkazu dočasně nahrazujícího EHIC viz **příloha D**.

Konkrétní podoba přední (univerzální) strany EHIC je pro ilustraci uvedena v následujícím obrázku č. 2.

EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

CZ

3 Příjmení	NOVÁK		
4 Jméno	JAN		
5 Datum narození	01/12/1950	6 Číslo pojištění	1234567890
		7 Kód ZP	20901 - ZPŠ
8 Číslo průkazu	80203209010000000000		9 Platnost do
			31/12/2010

Obrázek 2: Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC)

Zdroj: zpracováno z [16]

3 Důsledky vstupu ČR do EU pro další subjekty systému zdravotního pojištění

Z výše zmíněných informací je zřejmé, že koordinace sociálního zabezpečení v rámci EU se dotýká mnoha subjektů. Vstupem ČR do EU se tak změnilo nejen možnosti poskytování péče pro pojištěnce, ale ke změnám samozřejmě došlo i u subjektů, které se podílejí na poskytování a hrazení této péče. Fungováním a rolemi právě těchto subjektů se zabývá tato kapitola.

V rámci dodržení určité logické i chronologické posloupnosti je první část této kapitoly věnována stručnému popisu fungování zdravotnických zařízení jako poskytovatelů mezistátní zdravotní péče. V návaznosti na to je třeba charakterizovat činnost zdravotních pojišťoven, jejichž prostřednictvím dochází k úhradám poskytnuté zdravotní péče. Jelikož je však práce zaměřena především na problematiku mezistátního poskytování péče a tedy i mezistátních úhrad za péči, vstupují do tohoto procesu i další subjekty tzv. styčné orgány. I významu a činnosti těchto orgánů je věnována část této kapitoly. Závěr kapitoly je pak soustředěn na demonstraci vztahů mezi jednotlivými subjekty a nastíněním fungování celého systému.

3.1 Role poskytovatelů zdravotní péče

S ohledem na popis situací v kapitole 2.3 mohou pro české poskytovatele zdravotní péče po vstupu ČR do EU nastat některé nové situace. V této podkapitole tedy nejsou rozebrány klasické postupy zdravotnických zařízení, které se vstupem ČR do EU víceméně nezměnily (poskytování péče českým pojištěncům, poskytování péče cizincům z nečlenských zemí aj.), nýbrž situace, kdy je zdravotní péče poskytována cizincům z jiného členského státu EU.

Čeští poskytovatelé zdravotní péče tak v těchto situacích rozlišují, jak u konkrétních případů postupovat. Jejich postupy jsou samozřejmě v první řadě závislé na důvodech vycestování cizince do ČR (viz kapitola 2.3). K usnadnění rozeznání jednotlivých situací

pacientů slouží poskytovatelům zdravotní péče doklady, kterými se pacient při ošetření prokáže. Nastat tak v zásadě může následujících pět situací.

- **Cizí pojištěnec se prokáže průkazem EHIC či Potvrzením dočasně nahrazujícím EHIC (vydává zdravotní pojišťovna státu pojištění)** – jedná se většinou o osoby pobývající na území ČR přechodně (turisté, studenti apod.); mají nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze dávek a předpokládané délce pobytu; poskytovateli péče hradí ošetření česká smluvní výpomocná zdravotní pojišťovna (zvolená pacientem nebo přímo poskytovatelem); s výkazem péče je potřeba dodat i tzv. Potvrzení o nároku⁹. [18]
- **Cizí pojištěnec se prokáže Potvrzením o registraci vystaveným českou zdravotní pojišťovnou (resp. nově i tzv. žlutým EHIC)** – jedná se rovněž o osoby pobývající na území ČR přechodně (ovšem s předpokladem delší doby pobytu, a proto se zaregistrují u české zdravotní pojišťovny), či cizí pojištěnce mající v ČR nárok na plnou zdravotní péči (např.: čeští pracovníci bydlící v ČR, ale pracující v zahraničí); zdravotnická zařízení poskytují péči v rozsahu uvedeném na Potvrzení o registraci (resp. „žlutém EHIC“ – viz kapitola 3.2.1); péče je následně účtována příslušné české zdravotní pojišťovně. [18]
- **Cizinec se prokáže průkazem EHIC vydaným českou zdravotní pojišťovnou** – jedná se například o důchodce pocházející ze států EHP, kteří bydlí v ČR a jsou zaregistrováni u české zdravotní pojišťovny; tato skupina osob disponuje klasickým českým EHIC („žlutý“ EHIC nemají, protože na ně ještě nebyla rozšířena platnost nových nařízení) a poskytovatelé zdravotní péče k nim rovněž takto přistupují; i vykazování a hrazení péče je stejné jako u českých pojištěnců. [18]

⁹ Doklad prokazující nárok cizího pojištěnce na čerpání lékařsky nezbytné péče po dobu přechodného pobytu viz příloha E.

- **Cizí pojištěnec se prokáže formulářem S2 (resp. E112) prokazujícím nárok pojištěnce na plánovanou přeshraniční péči** – jedná se o osoby, které vycestovaly do ČR za účelem čerpání specifické péče se souhlasem příslušné zdravotní pojišťovny (v zemi pojištění); poskytnutí péče je většinou s poskytovatelem předjednáno; je třeba informovat výpomocnou českou zdravotní pojišťovnu (např.: registrací); péči hradí příslušná česká výpomocná pojišťovna. [18]
- **Cizí pojištěnec se neprokáže žádným z výše uvedených dokladů** – pokud jde o ambulantní ošetření, lze požadovat úhradu v hotovosti v souladu s českým právem; pokud se jedná o hospitalizaci, je potřeba získat doklad nároku pojištěnce na zdravotní péči potvrzený pacientovou zdravotní pojišťovnou; tehdy může být pacient zaregistrován u české výpomocné zdravotní pojišťovny, která péči uhradí poskytovateli; s výkazem péče je potřeba dodat i Potvrzení o nároku. [18]

3.2 Role zdravotních pojišťoven

V návaznosti nejen na předchozí kapitolu vyplývá, že významnou roli v procesu koordinace sociálního zabezpečení EU hrají i zdravotní pojišťovny (resp. v zahraničí instituce jim podobné). Jak je uvedeno v kapitole 1.4, mezi základní činnosti zdravotních pojišťoven spadá výběr a správa pojistného na zdravotní pojištění a úhrada péče zdravotnickým zařízením za péči poskytnutou pojištěncům. Pokud je český pojištěnec ošetřen v českém zdravotnickém zařízení, hradí za něj tuto péči jeho zdravotní pojišťovna, které zase tento pojištěnec platí pojistné na zdravotní pojištění. Tento základní přímý vztah je i nadále stejný. Je ovšem zřejmé, že odlišně musí být řešen případ, kdy je v českém zdravotnickém zařízení ošetřen pojištěnec z jiného členského státu EU. Snaha o přímou úhradu této péče od zdravotní pojišťovny v zemi pojištění (kompetentní pojišťovna) není z hlediska časové i administrativní náročnosti v silách zdravotnického zařízení. Již dříve bylo naznačeno, že tyto případy mezistátního poskytování zdravotní péče jsou řešeny prostřednictvím tzv. výpomocných zdravotních pojišťoven v místě poskytnutí zdravotní péče (resp. bydliště pojištěnce aj.). Z výše uvedených informací tedy plyne, že i české zdravotní pojišťovny se vstupem ČR do EU dostávají do nových situací. O činnostech,

s těmito situacemi souvisejících, pojednává právě tato kapitola. Po obecném nástinu těchto činností a povinností českých zdravotních pojišťoven je část této kapitoly věnována i konkrétnímu postupu jedné zdravotní pojišťovny v návaznosti na případ mezistátního poskytování a úhrady zdravotní péče v rámci EU.

3.2.1 Obecné činnosti zdravotních pojišťoven

V souvislosti s koordinací sociálního zabezpečení se tedy česká zdravotní pojišťovna může nově setkat s následujícími činnostmi:

- **Registrace cizích pojištěnců** → K registraci cizího pojištěnce u české zdravotní pojišťovny může dojít, jestliže se k tomuto pojištěnci rozhodne a má-li na registraci nárok (většinou dokládá příslušný nárokový evropský dokument). Registraci česká zdravotní pojišťovna souhlasí, že za tohoto pojištěnce v případě potřeby uhradí péči, kterou čerpal u českého poskytovatele zdravotní péče. Dokladem o registraci je tzv. Potvrzení o registraci¹⁰, které zdravotní pojišťovna pojištěnci vydá. Na tomto dokumentu je poté dle konkrétní situace uvedeno, na jaký rozsah péče má pojištěnec nárok (např.: nutná a neodkladná péče, lékařsky nezbytná péče aj.). Jelikož se však tento doklad vydává v papírové podobě, přičemž takto zaregistrovaní pojištěnci ho mohou potřebovat po delší dobu, jeví se tento dokument jako ne příliš vhodný s ohledem na odolnost. Především z tohoto důvodu je snahou nahradit tento papírový doklad dokladem plastovým, který české zdravotní pojišťovny zavádějí od 1. 1. 2009. Pro tento doklad se, vzhledem k jeho barvě, vžil výraz „žlutý EHIC“.

Přesnější název ovšem je Průkaz pojištěnce bydlícího v ČR (viz obrázek č. 3) resp. Průkaz pojištěnce pobývajícího v ČR (viz obrázek č. 4), lišící se od sebe opět rozsahem nárokované péče.

¹⁰ Formulář Potvrzení o registraci viz **příloha F**.



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Rozsah péče
PLNÁ PÉČE

Průkaz pojištění platný jen na území ČR - druh pojištění 4
Poskytnutou zdravotní péči účtuje zdravotnické zařízení
podle metodiky samostatnými dávkami a fakturami

3 Příjmení	NOVÁK		
4 Jméno	JAN		
5 Datum narození	01/12/1950	6 Číslo pojištění	5012019999
		7 Kód ZP	11191 - VZP
8 Číslo průkazu	80203111910000000001	9 Platnost do	31/12/2009

Obrázek 3: Průkaz pojištění bydličního v ČR – nárok na plnou péči

Zdroj: zpracováno z [19]



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Rozsah péče
LÉKAŘSKY NEZBYTNÁ PÉČE

Průkaz pojištění platný jen na území ČR - druh pojištění 4
Poskytnutou zdravotní péči účtuje zdravotnické zařízení
podle metodiky samostatnými dávkami a fakturami

3 Příjmení	NOVÁK		
4 Jméno	JAN		
5 Datum narození	01/12/1950	6 Číslo pojištění	5012019999
		7 Kód ZP	11191 - VZP
8 Číslo průkazu	80203111910000000001	9 Platnost do	31/12/2009

Obrázek 4: Průkaz pojištění pobývacího v ČR – nárok na lékařsky nezbytnou péči

Zdroj: zpracováno z [19]

Platné jsou doposud oba typy výše uvedených dokladů (Potvrzení o registraci, „žlutý“ EHIC). Dá se ovšem očekávat, že v brzké době budou papírové doklady zcela nahrazeny plastovými.

- **Výpomocná činnost** → V případě, kdy se u české zdravotní pojišťovny zaregistruje cizí pojištěnec, ale i v případě, kdy si cizí pojištěnec pouze dodatečně zvolí českou zdravotní pojišťovnu, stává se tato zdravotní pojišťovna tzv. výpomocnou institucí. Tím na sebe po určitou dobu bere odpovědnost hradit náklady za tohoto cizího pojištěnce. Tyto náklady poté vyúčtuje kompetentní zdravotní pojišťovně tohoto pojištěnce (viz dále). Nastat může ovšem i situace opačná, kdy česká zdravotní pojišťovna (nyní kompetentní) bude muset dodatečně uhradit náklady za svého pojištěnce do jiné členské země (výpomocné instituci).
- **Používání evropských dokumentů** → Je zřejmé, že v rámci mezistátního poskytování zdravotní péče dochází ke značnému přenosu dat mezi příslušnými zainteresovanými institucemi. K udržení určité korektnosti a srozumitelnosti musí být i tento systém koordinován. Prostředkem koordinace jsou v tomto případě tzv. evropské dokumenty. V současnosti existují tři typy těchto evropských dokumentů. Prvním typem, který se pro tyto účely využívá, jsou tzv. **E-formuláře**. Tento papírový typ dokumentů je nejstarší, ale v současnosti je možné jej stále využívat. Postupně by tyto formuláře ovšem měly být nahrazeny modernější alternativou (viz dále). Nyní se tak z tohoto pohledu nacházíme v určitém přechodném období, jež má probíhat až do 1. 5. 2014. E-formuláře mají jednotný dohodnutý vzor a jsou zpracovány v zrcadlové podobě ve všech jazycích členských států EU. To umožňuje jak institucím, tak i samotným občanům jejich relativně snadné využití i bez znalosti cizího jazyka. Druhů E-formulářů je celá řada (zdravotního pojištění se týká přibližně 30), liší se svým účelem, potažmo označením. Formát označení začíná písmenem E, které následuje trojčíferné číslo. Názvy některých formulářů a jejich označení jsou uvedeny v následující tabulce č. 2. [20]

Tabulka 2: E-formuláře

Označení E-formuláře	Název / Účel E-formuláře	Subjekty užívající E-formuláře
E 001	Žádost o informace, sdělení informací, žádost o dokumenty, urgence	Zdravotní pojišťovny
E 101	Potvrzení, týkající se právních předpisů	Vyslaní zaměstnanci
E 106	Potvrzení o nároku na věcné dávky zdravotního pojištění a pojištění v mateřství pro osoby, bydlící v jiném, než příslušném státě	Přeshraniční zaměstnanci (pendleři)
E 112	Potvrzení o zachování nároku na již poskytované dávky v nemoci a mateřství	Žadatelé o plánovanou péči
E 121	Potvrzení pro registraci důchodců a jejich rodinných příslušníků a aktualizaci seznamů	Důchodci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Zdroj: zpracováno z [20]

Dalším typem dokumentů jsou tzv. **Přenositelné dokumenty**. Tento typ dokumentů je novější a modernější. V současné době (přechodné období) jsou určitou alternativou k některým E-formulářům. Po skončení přechodného období by tyto konkrétní formuláře měly zcela nahradit. Charakteristickým rysem těchto dokumentů je, že mohou být vydány přímo pojištěnci, který je následně předloží v druhém členském státě. Slouží většinou k uplatnění nároku (např.: registrace ve státě bydliště) v situacích, kdy dopředu není známo, mezi kterými subjekty bude komunikace probíhat. Mezi tyto dokumenty lze řadit i EHIC a Potvrzení dočasně nahrazující EHIC. Zbýlých pět typů Přenositelných dokumentů je uvedeno v následující tabulce č. 3. [20]

Tabulka 3: Přenositelné dokumenty

Označení Přenositelného dokumentu	Název / Účel Přenositelného dokumentu	E-formuláře, které nahrazuje
S1	Registrace k systému zdravotního pojištění ve státě bydliště	E 106, E 109, E 120, E 121
S2	Nárok na plánovanou léčbu	E 112
S3	Nárok bývalých přeshraničních pracovníků, kteří odešli do důchodu, na doléčení ve státě předchozí výdělečné činnosti	X
A1	Doklad o určení aplikovatelné legislativy, vztahující se na držitele	E 101, E 103
DA1	Nárok na léčení pracovního úrazu nebo nemoci z povolání	E 123

Zdroj: zpracováno z [21]

Konečně posledním užívaným typem dokumentů jsou tzv. **SED** (standardizované elektronické dokumenty). Tyto dokumenty slouží k elektronickému předávání dat mezi příslušnými institucemi. Mj. by tedy, po skončení přechodného období, měly zcela nahradit E-formuláře. Během tohoto přechodného období je lze používat i v tištěné podobě. Těchto dokumentů je podstatně více (přibližně 110), jelikož by měly postihovat veškeré informační procesy mezi příslušnými institucemi. V níže uvedené tabulce č. 4 jsou uvedené skupiny SED s obecným formátem označení. [20]

Tabulka 4: Skupiny SED (standardizované elektronické dokumenty)

Obecný formát označení dané skupiny SED (symbol *** značí trojciferné identifikační číslo)	Účel dané skupiny SED
A***	Používané v oblasti aplikovatelné legislativy
H***	Používané pro určení bydliště
R***	Používané pro mezinárodní vymáhání pohledávek
H***	Horizontální
S***	Používané pro dávky v nemoci a mateřství

Zdroj: zpracováno z [22]

Proces obměny výše zmíněných dokumentů je obsahem projektu Evropské komise, nesoucí název Elektronická výměna informací o sociálním zabezpečení (zkráceně EESSI). Aplikace EESSI by následně měla vést především k flexibilnějšímu propojení sociálních systémů, urychlení rozhodování či k účinnější kontrole informací. [23]

- **Styk se styčným orgánem ČR** → V situaci, kdy skutečně dojde k mezistátnímu poskytování zdravotní péče v rámci členských zemí EU, musí logicky dojít i k mezistátní úhradě nákladů za tuto péči. Jedná se o případy, kdy česká zdravotní pojišťovna uhradila v ČR náklady na poskytnutou zdravotní péči za zahraničního pojištěnce (česká zdravotní pojišťovna v roli výpomocné pojišťovny), či o případy, kdy zahraniční zdravotní pojišťovna uhradila náklady na poskytnutou zdravotní péči v zahraničí za českého pojištěnce (česká zdravotní pojišťovna v roli kompetentní instituce). V obou těchto případech příslušná zdravotní pojišťovna uhradí náklady za pojištěnce, který ale pojistné platí jiné zdravotní pojišťovně. Aby byl tento systém spravedlivý, je třeba zajistit, aby se mezi sebou příslušné zdravotní pojišťovny dodatečně vyrovnaly. K tomuto vyrovnání dochází právě prostřednictvím tzv. styčných orgánů (viz kapitola 3.3), které musejí být založeny v každém členském státě.
- **Nové interní postupy a metodiky** → Vzhledem k výše zmíněným poznatkům je zřejmé, že tyto změny vyvolávají i nové procesní požadavky u zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny tak jistě musí reagovat personálně i metodicky např.: na potřebu registrace cizích pojištěnců či vydávání nových zdravotních průkazů. Nově je třeba postihnout i práci s evropskými dokumenty a styk se styčným orgánem resp. s příslušnými zahraničními subjekty. V neposlední řadě se tyto změny nepochybně projeví i v účetnictví zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny jsou tak nuceny reagovat na tyto změny mj. i tvorbou či aktualizací některých interních metodik.

3.2.2 Konkrétní metodika české zdravotní pojišťovny

V návaznosti na předchozí část je tato kapitola věnována stručnému popisu činností uvnitř zdravotní pojišťovny, spojených s přijetím faktury za ošetření pojištěnce z jiné členské země EU u českého poskytovatele zdravotní péče. V tomto případě na sebe tedy česká zdravotní pojišťovna bere roli výpomocné instituce.

- Pokud je tedy výše zmíněný cizinec ošetřen v českém zdravotnickém zařízení a příslušná zdravotní pojišťovna je zvolena výpomocnou institucí, zdravotnické zařízení zašle této zdravotní pojišťovně fakturu za poskytnutou péči spolu s potřebnými doklady (např.: kopie průkazu pojištěnce, potvrzení o nároku apod.). Po obdržení je faktura zaevidována podatelnou zdravotní pojišťovny a postoupena specialistovi pro EU.
- Specialista pro EU zkontroluje, zda je přijatá faktura správně vystavena (papírová forma, samostatná faktura atd.) a zdali jsou k faktuře přiloženy veškeré potřebné podklady. Jsou-li přiložené doklady nedostačující, vyžádá specialista pro EU potřebné doklady o prokázání nároku od příslušné kompetentní zdravotní pojišťovny cizince. Pakliže jsou doklady kompletní, specialista pro EU daného cizince u zdravotní pojišťovny zaregistruje (pokud již nebyl zaregistrován dříve) a fakturu dále předá na smluvní oddělení pojišťovny.
- Na smluvním oddělení je ověřováno, zda účtující zdravotnické zařízení je či není zavedeno v registru smluvních partnerů dané zdravotní pojišťovny. V případě, že zdravotnické zařízení není v registru smluvních partnerů zavedeno, avšak cizinec byl ošetřen na základě předložení Potvrzení o registraci, pracovník smluvního oddělení ho do registru partnerů zavede jako nesmluvní zdravotnické zařízení, oprávněné k účtování lékařsky nezbytné zdravotní péče. V případě, kdy účtující zdravotnické zařízení není zavedeno v registru smluvních partnerů a zároveň byl cizinec ošetřen bez předchozí registrace u zdravotní pojišťovny, je tato faktura vrácena zdravotnickému zařízení jako neoprávněná, a tedy bez proplacení. V opačném případě, kdy zdravotnické zařízení je zavedeno v registru smluvních partnerů, jsou na smluvním oddělení odkontrolovány základní identifikační údaje

zdravotnického zařízení (např.: název, adresa, číslo bankovního účtu aj. – musí souhlasit s údaji na faktuře) a faktura je dále předána na ekonomický odbor.

- Na ekonomickém odboru je poté faktura elektronicky zaevidována do informačního systému a předána k revizi na zdravotní odbor.
- Na zdravotním odboru provede příslušný revizní lékař (dle odbornosti vztahující se k fakturovanému úkonu) revizi jednotlivých vykázaných položek na základě sazebníků a posoudí, zda se jednalo o lékařsky nezbytnou péči s přihlédnutím k povaze dávek a předpokládané délce pobytu cizince v ČR. O výsledku revize je následně informován ekonomický odbor.
- V této fázi již faktura může být zdravotnickému zařízení proplacena a to v částce schválené revizním lékařem.
- Konečně posledním krokem pak je přeúčtování skutečně vynaložených nákladů českou výpomocnou zdravotní pojišťovnou, prostřednictvím styčného orgánu ČR, příslušné kompetentní instituci v místě pojištění daného cizince. Toto přeúčtování je styčnému orgánu odesíláno čtvrtletně v elektronické formě a je členěno dle zemí, vůči kterým je nárok uplatňován. Tyto náklady jsou pak následně uhrazeny nebo zpochybněny kompetentní institucí, k čemuž jsou opět využita styčná místa obou států. [24]

3.3 Styčné orgány

V předchozích kapitolách je několikrát zmíněn pojem „styčný orgán“. Z hlediska jeho významnosti v současném systému zdravotního pojištění je vhodné věnovat tomuto orgánu více pozornosti.

Obecně lze styčný orgán definovat jako instituci, zastupující daný stát v různých oblastech, ve vztahu k dalším státům. ČR má takovéto orgány čtyři, lišící se především oblastí zastupování:

- Česká správa sociálního zabezpečení – oblast důchodů a peněžitých dávek v nemoci.
- Kooperativa pojišťovna, a. s., Vienna Insurance group – oblast dávek při pracovních úrazech a nemocech z povolání.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí – oblast rodinných dávek a dávek v nezaměstnanosti.
- Centrum mezistátních úhrad – oblast zdravotní péče neboli tzv. věcných dávek v nemoci. [25]

Pro účely této práce je logicky nejvýznamnější posledně jmenovaný styčný orgán, tedy Centrum mezistátních úhrad (dále jen CMU). Styčným orgánem, zmiňovaným v předešlých kapitolách, je tak právě CMU. Konkrétní definice styčného orgánu ČR pro oblast věcných dávek v nemoci tak je: instituce, zastupující systém poskytování zdravotní péče ČR, ve vztahu k dalším státům. Zástupnou rolí je pak myšleno především provádění plateb za mezistátní zdravotní péči do jiných členských států EU, nebo naopak z jiných členských států EU do českého systému. Je zřejmé, že aby byl tento systém mezistátní úhrady péče funkční, musí v každé členské zemi existovat alespoň jeden takovýto styčný orgán.

3.3.1 Centrum mezistátních úhrad

Jak již bylo zmíněno, styčným orgánem ČR pro oblast věcných dávek v nemoci je Centrum mezistátních úhrad. Tento orgán tedy zastupuje český systém zdravotní péče vůči zahraničí.

CMU bylo založeno již v roce 2001 a to na základě výzvy Ministerstva zdravotnictví ČR. Založení styčného orgánu bylo totiž jedním z nezbytných předpokladů souvisejících nejprve s prováděním mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení a později i s procesem koordinace sociálního zabezpečení v rámci EU. Se vstupem ČR do EU tak CMU institucionálně zabezpečuje i roli styčného orgánu podle práva EU. [26]

CMU je právnickou osobou, sdružující všechny české veřejné zdravotní pojišťovny. Není zřízeno za účelem podnikání a nesmí provádět jinou činnost, než vyplývá z jeho stanov. Nejvyšším orgánem je správní rada, složená ze zástupců svých členů (zdravotních pojišťoven). O projednávaných záležitostech členové správní rady hlasují, přičemž počet hlasů je zástupcům jednotlivých zdravotních pojišťoven přidělen na základě počtu registrovaných pojištěnců u zastupované zdravotní pojišťovny. Na činnosti správní rady se rovněž mohou podílet i zástupci Ministerstva financí, Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví. Statutárním zástupcem CMU je poté ředitel, jehož volí i odvolává správní rada. [26]

Dle svých stanov zabezpečuje CMU především následující činnosti:

- koordinační činnost – zajištění součinnosti jednotlivých členských zdravotních pojišťoven,
- informační činnost – informování o provádění práva EU a mezinárodních smluv v oblasti zdravotní péče (např.: prostřednictvím internetu, tisku, informačních materiálů apod.),
- poradenská činnost – ve vztahu k domácím i zahraničním subjektům a institucím (např.: pobyt v zahraničí, zaměstnání v zahraničí, výpomocná činnost zdravotních pojišťoven apod.),
- metodická činnost – tvorba společné metodiky pro provádění práva EU a mezinárodních smluv v oblasti zdravotní péče (např.: metodiky pro zdravotní pojišťovny, pojištěnce, zdravotnická zařízení),
- administrativní a zúčtovací činnost – zabezpečení finančních operací za poskytnutou přeshraniční zdravotní péči mezi domácími a zahraničními zdravotními pojišťovnami a příslušnými styčnými orgány,
- kooperační činnost – spolupráce se zahraničními styčnými orgány ve věcech usnadnění a zefektivnění aplikace práva EU a mezinárodních smluv v oblasti

zdravotní péče, vedle toho CMU rovněž spolupracuje s českými orgány státní správy v oblasti mezinárodního práva sociálního zabezpečení,

- statistická činnost – vedení statistik týkajících se mezinárodního poskytování zdravotní péče a jejího následného hrazení,
- případně další činnosti dle vyžádání, které věcně souvisí s předmětem činnosti CMU. [26]

Finanční prostředky ke své činnosti získává CMU od svých členů (zdravotních pojišťoven) a to formou tzv. záloh na činnost. Podíl zálohy na jednotlivou zdravotní pojišťovnu je opět odvozen od počtu zaregistrovaných pojištěnců dané zdravotní pojišťovny. Dalšími zdroji potom mohou být úroky z vkladů na bankovních účtech či kurzové výnosy. Hospodaření a účetnictví následně podléhá auditu. [26]

3.4 Proces mezistátního poskytování zdravotní péče a její úhrady v rámci EU

V předchozích částech byly separovaně definovány dopady členství ČR v EU na jednotlivé subjekty, které jsou začleněny do systému zdravotního pojištění (pojištěnci, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny apod.). Zřejmě nejzásadnější „novinkou“ je proces poskytování zdravotní péče pojištěnci jednoho členského státu v jiném členském státě a s tím spojená mezistátní úhrada této péče. Tato kapitola je věnována demonstraci tohoto procesu, avšak v komplexnějším měřítku – se zapojením všech zainteresovaných subjektů najednou. Pro lepší ukázkou provázanosti vztahů těchto subjektů je proces zachycen i v jednoduchém názorném schématu. K ukázce poslouží dvě základní případové studie, kdy je:

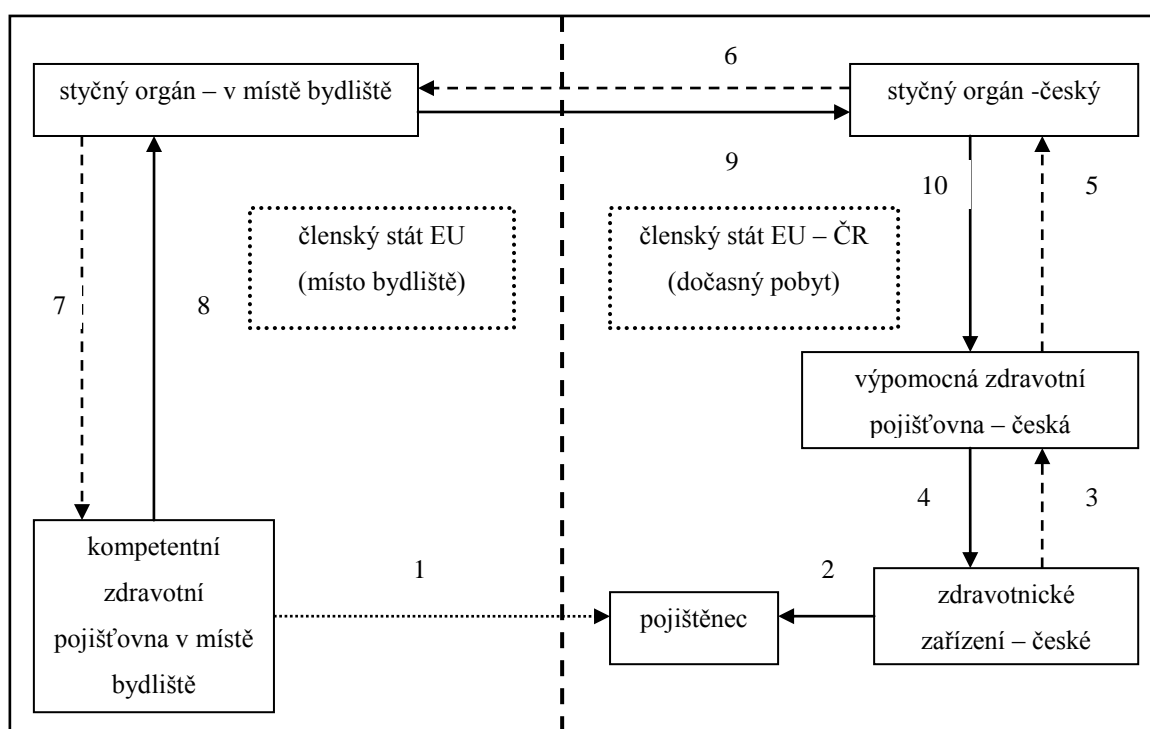
- občan (pojištěnec) jiného členského státu EU, dočasně pobývajícím v ČR, ošetřen v českém zdravotnickém zařízení (případová studie A)

a kdy je:

- český občan (v ČR má bydliště), vykonávající výdělečnou činnost v jiném členském státě EU, ošetřen v českém zdravotnickém zařízení (případová studie B).

3.4.1 Případová studie A

První znázorňovanou situací tedy je, že občanovi jiného členského státu EU, který dočasně pobývá v ČR (např.: turista), je poskytnuta lékařsky nezbytná zdravotní péče v českém zdravotnickém zařízení. Jaké jsou vztahy mezi jednotlivými subjekty a jak je tato péče hrazena ukazuje následující obrázek č. 5.



Obrázek 5: Princip úhrady nákladů za ošetření – situace A

Zdroj: vlastní zpracování

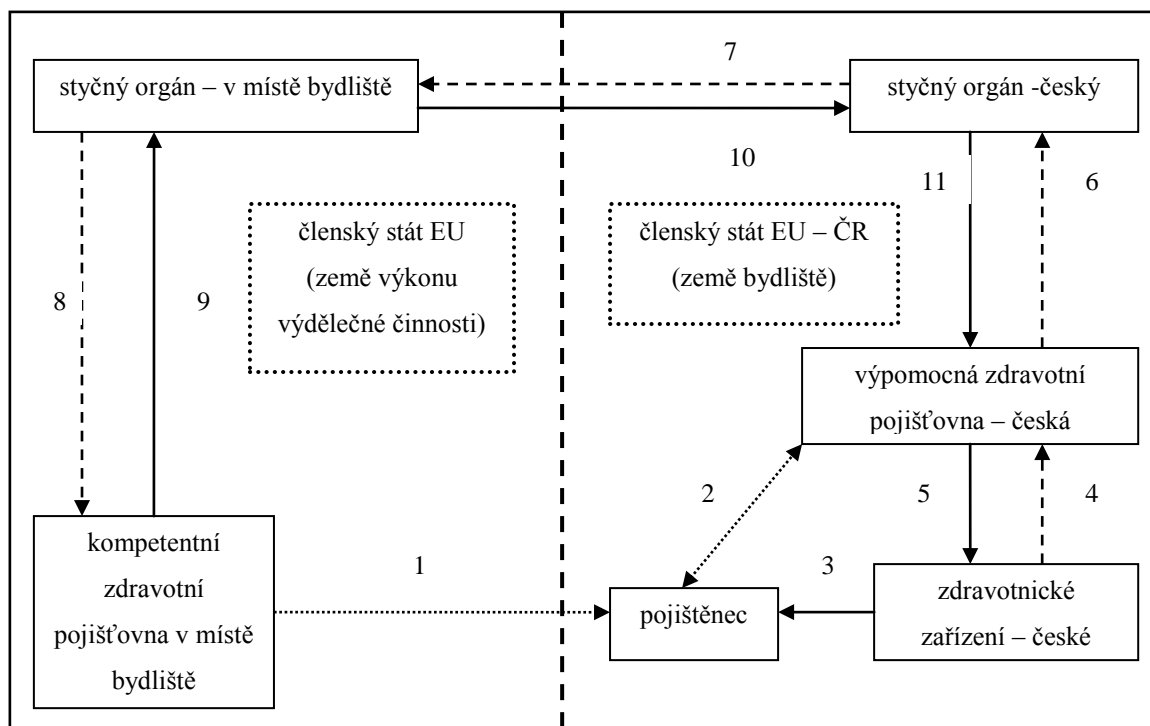
Vztahy mezi jednotlivými zainteresovanými subjekty a jejich postupy osvětlují výše zmíněnou číselnou legendu:

1. Pojistný vztah mezi občanem (turistou) a zdravotní pojišťovnou v místě bydliště (kompetentní zdravotní pojišťovna).
2. Ošetření turistu zdravotnickým zařízením v ČR (např.: po předložení EHIC).

3. Vykázání poskytnuté zdravotní péče příslušné české výpomocné zdravotní pojišťovně (s přílohou potřebných dokladů).
4. Posouzení výkazu a případně úhrada lékařsky nezbytné péče českou výpomocnou zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení.
5. Předání žádosti o refundaci nákladů výpomocné zdravotní pojišťovny českému styčnému orgánu pro oblast věcných dávek (v ČR Centrum mezistátních úhrad).
6. Postoupení nároku refundace styčnému orgánu v místě bydliště ošetřeného turistu.
7. Nárokování refundace styčným orgánem po příslušné kompetentní zdravotní pojišťovně turistu.
8. Úhrada skutečných nákladů za poskytnutou zdravotní péči kompetentní zdravotní pojišťovnou.
9. Vyrovnání nároku mezi příslušnými styčnými orgány.
10. Úhrada nákladů české výpomocné zdravotní pojišťovně.

3.4.2 Případová studie B

Tato situace se tedy týká českého občana, který sice má své bydliště v ČR, avšak výdělečnou činnost vykonává v jiném členském státě EU. Z titulu zaměstnání se tedy tento občan stává pojištěncem státu, ve kterém vykonává výdělečnou činnost. V této situaci má on i jeho nezaopatření rodinní příslušníci nárok na plnou zdravotní péči jak v ČR, tak i v zemi výkonu výdělečné činnosti. Následující obrázek č. 6 pak vyobrazuje situaci čerpání zdravotní péče tímto občanem v českém zdravotnickém zařízení.



Obrázek 6: Princip úhrady nákladů za ošetření – situace B

Zdroj: vlastní zpracování

Procesy skrývající se pod číselnou legendou v obrázku jsou opět uvedeny níže:

1. Pojistný vztah mezi občanem a zdravotní pojišťovnou v místě výkonu výdělečné činnosti (kompetentní zdravotní pojišťovna).
2. Zaregistrování občana u české výpomocné zdravotní pojišťovny jako pojištěnce bydlicího v ČR (nárok na plnou zdravotní péči).
3. Ošetření turistu zdravotnickým zařízením v ČR (např.: po předložení „žlutého EHIC“).
4. Vykázání poskytnuté zdravotní péče příslušné české výpomocné zdravotní pojišťovně (s přílohou potřebných dokladů).
5. Úhrada plné zdravotní péče českou výpomocnou zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení.

6. Předání žádosti o refundaci nákladů výpomocné zdravotní pojišťovny českému styčnému orgánu pro oblast věcných dávek (v ČR Centrum mezistátní úhrad).
7. Postoupení nároku refundace styčnému orgánu v místě výkonu výdělečné činnosti občana.
8. Nárokování refundace styčným orgánem po příslušné kompetentní zdravotní pojišťovně občana.
9. Úhrada skutečných nákladů za poskytnutou zdravotní péči kompetentní zdravotní pojišťovnou.
10. Vyrovnání nároku mezi příslušnými styčnými orgány.
11. Úhrada nákladů české výpomocné zdravotní pojišťovně.

4 Analýza dopadů mezistátního poskytování zdravotní péče ve vztahu k ČR

Jak už název napovídá, tato kapitola je zaměřena především na elementární analýzu dopadů vstupu ČR do EU, a to s důrazem na systém mezistátního poskytování zdravotní péče. Snahou této kapitoly je zejména zachycení nejvýznamnějších statistických trendů, vyplývajících z provádění příslušných nařízení o koordinaci systémů sociálního zabezpečení v rámci zemí EU, EHP a Švýcarska. Prováděním výše zmíněných nařízení totiž povětšinou dochází k významné interakci mezi mnoha institucemi příslušných zainteresovaných států. Jako nejvhodnější způsob exaktního postižení těchto interakcí v čase se jeví komparativní analýza v číselném i grafickém provedení.

V jednotlivých podkapitolách jsou pak rozebrána nejen obecná data o počtech osob v jednotlivých situacích, ale i finanční dopady z nich vyplývající. Jak již bylo výše zmíněno, jednou z činností, kterými se zabývá CMU, je i statistická činnost. Z důvodu erudice tohoto subjektu v dané oblasti, tak údaje zveřejněné CMU povětšinou poslouží jako primární zdroj dat pro jednotlivé analýzy. V rámci omezené dostupnosti dat jsou však analýzy povětšinou zpracovány jen pro roky 2006-2010. Rovněž je nutno zmínit, že do těchto zveřejněných dat jsou kromě členských zemí zahrnuty i některé další evropské země, se kterými ČR má resp. měla uzavřenou dvoustrannou smlouvu o sociálním zabezpečení (např.: Chorvatsko, Rumunsko aj.). Těchto zemí je však minimum a princip oboustranného poskytování zdravotní péče je podobný. Od jejich vyčlenění ze souboru je tudíž upuštěno a v textu bude využíván pouze souhrnný výraz zahraniční země (zahraničí).

4.1 Cizí pojištěnci v ČR

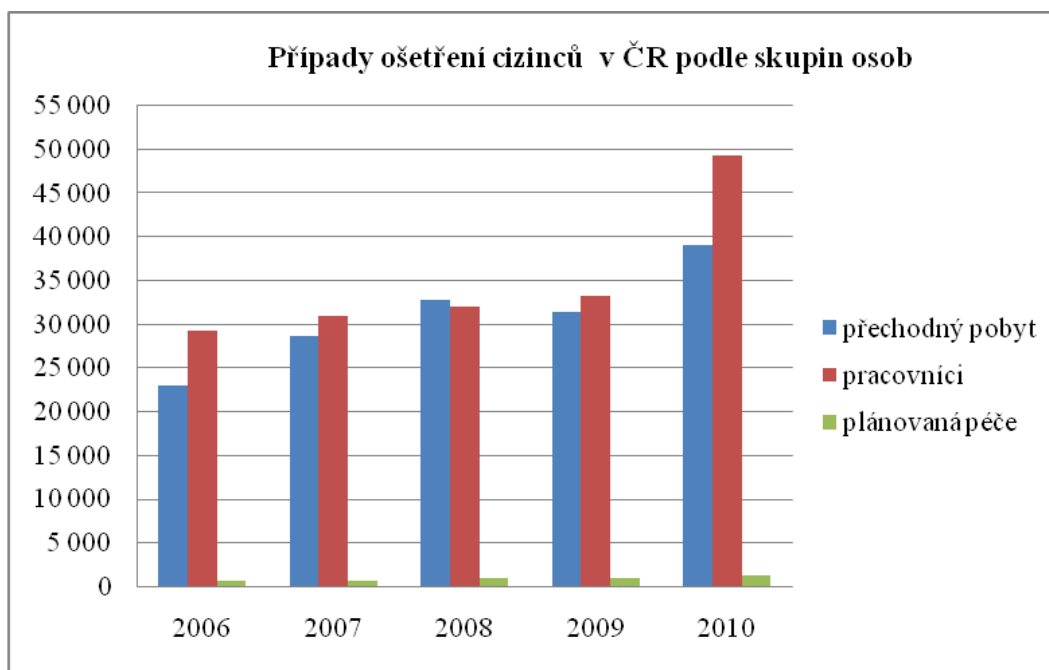
První část je zaměřena na cizí (evropské) pojištěnce, kteří jsou z různých důvodů ošetřeni v ČR. V dalším textu bude tato skupina osob nazývána zjednodušeně cizinci, avšak je třeba si uvědomit, že například u skupiny pracovníků se převážně jedná o české občany. Přesněji řečeno, jde zejména o české občany, kteří vykonávají výdělečnou činnost v zahraničí, kde jsou z titulu místa výkonu výdělečné činnosti i zdravotně pojištěni, ale bydliště mají stále v ČR. V ČR mají tito pracovníci (i jejich nezaopatření rodinní příslušníci) stále nárok na

plnou zdravotní péči. Jsou-li však v ČR ošetřeni, je to bráno jako ošetření cizího pojištěnce, a tak je s touto situací i nakládáno (výpomocné hrazení zdravotní péče atd.).

4.1.1 Případy ošetření cizinců v ČR

Následující obrázek č. 7 zachycuje vývoj počtu případů ošetření cizinců v ČR v letech 2006-2010. Případy jsou dále rozděleny podle skupin osob (resp. důvodu jejich pobytu v ČR), a to následovně:

- přechodný pobyt,
- pracovníci (včetně jejich nezaopatřených rodinných příslušníků),
- plánovaná péče.

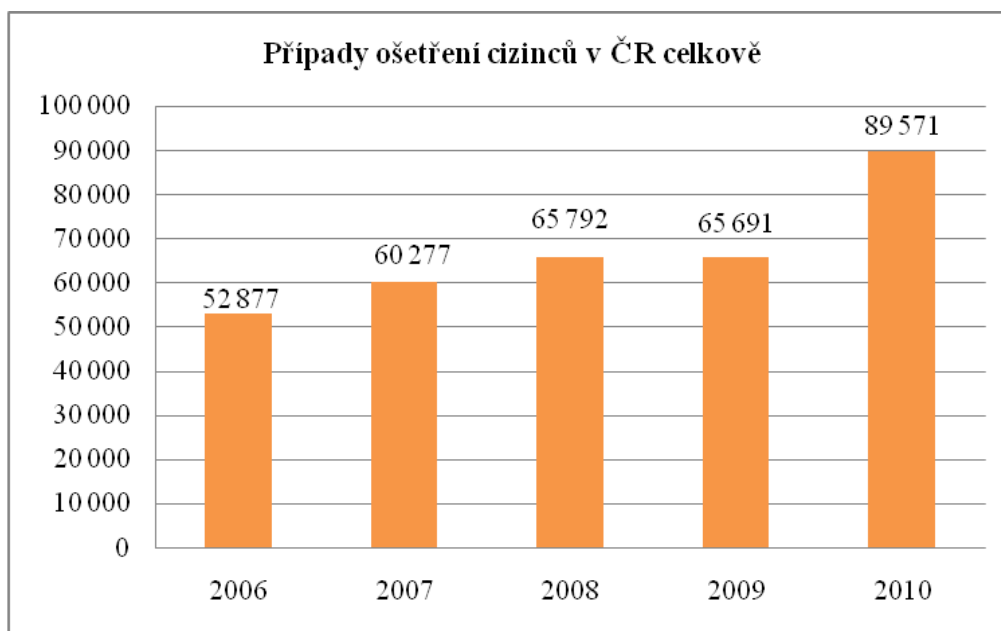


Obrázek 7: Případy ošetření cizinců v ČR podle skupin osob

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Z výše uvedeného obrázku č. 7 lze vyčíst dvě základní informace. První je, že k nejvíce ošetřením dochází u cizích pracovníků (pracujících v ČR) a u osob pobývajících přechodně

v ČR, což samozřejmě vyplývá z velkého počtu osob, působících v ČR z těchto důvodů. Počet případů plánované péče pak tvoří pouze „zanedbatelný“ zlomek ze všech případů ošetření. Druhá informace, která z obrázku vyplývá, je již mnohem zajímavější. Je jí relativně stálý růst počtu ošetření ve všech třech skupinách během uvedených let. Přesněji tento vývoj počtu případů ošetření ve všech skupinách dohromady vystihuje následující obrázek č. 8.



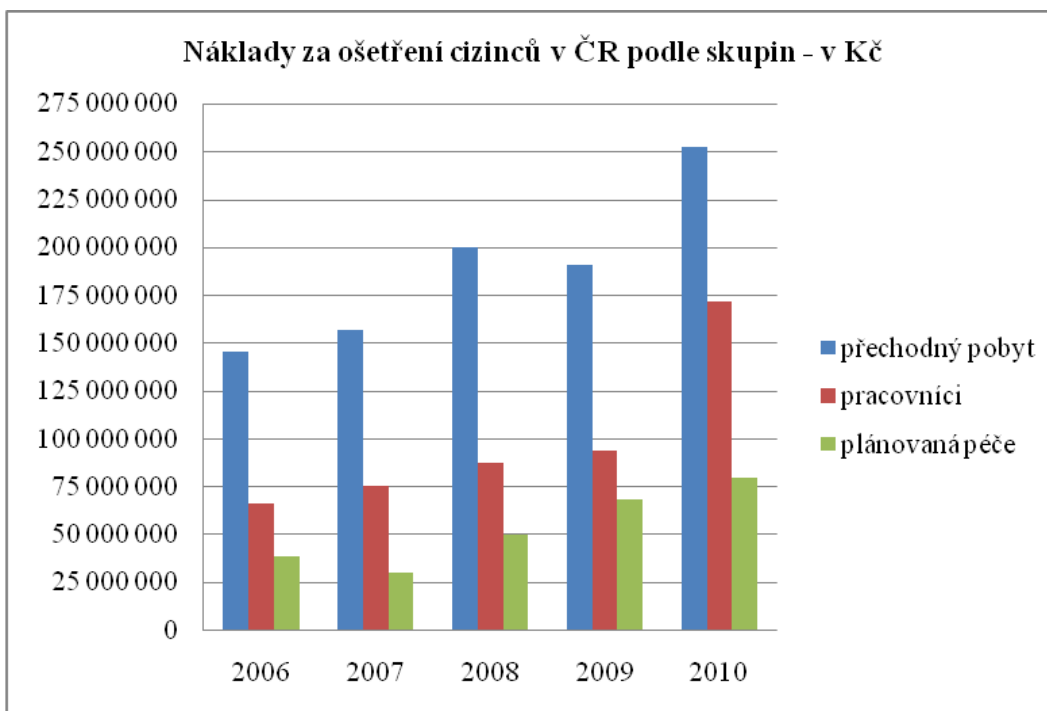
Obrázek 8: Případy ošetření cizinců v ČR celkově

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Z obrázku č. 8 je možné pozorovat, že až na výjimku v roce 2009, dochází ke stálému meziročnímu zvyšování počtu případů ošetření cizinců v ČR, které se ve sledovaném období téměř zdvojnásobily. Z uvedených informací lze poté usuzovat, že v průběhu let dochází k nárůstu migrace obyvatel v rámci evropských států, k čemuž do jisté míry dopomáhá i usnadnění mezistátního poskytování zdravotní péče (koordinace systémů sociálního zabezpečení). Z tohoto pohledu se tak integrační procesy v Evropě jeví jako úspěšné.

4.1.2 Náklady za ošetření cizinců v ČR

Předchozí obrázky jsou zaměřeny pouze na počty případů ošetření. Pro ekonomické zhodnocení těchto případů je vhodné uvést i finanční ohodnocení těchto případů, tedy náklady. Následující obrázek č. 9 proto zachycuje vývoj nákladů za ošetření cizinců v ČR v letech 2006-2010, opět v návaznosti na to, jaké skupině osob byla příslušná zdravotní péče poskytnuta.



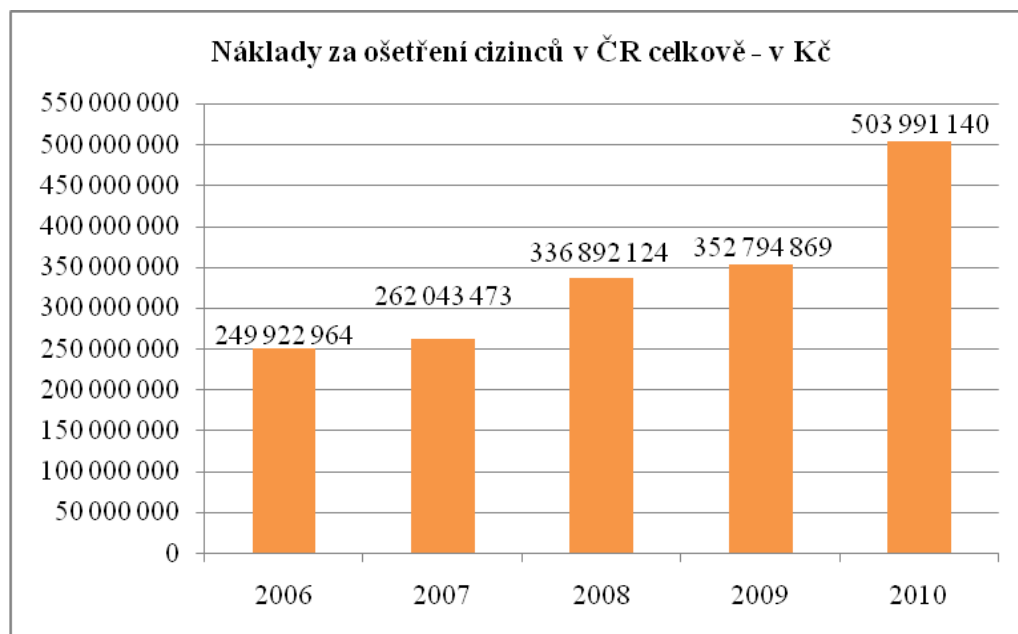
Obrázek 9: Náklady za ošetření cizinců v ČR podle skupin osob

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Z obrázku č. 9 je opět patrné, že i náklady za ošetření cizinců mají pro všechny skupiny osob povětšinou vzrůstající charakter. Ovšem je třeba si povšimnout, že jednotlivé nákladovosti skupin již nekorrespondují s pořadím případů ošetření na obrázku č. 7. Kupříkladu nejvíce případů ošetření v jednotlivých letech je zaznamenáno většinou u pracovníků, z obrázku č. 9 však plyne, že tyto případy nebyly zdaleka tak nákladné, jako případy ošetření cizinců při přechodném pobytu. Dalším příkladem je i to, že počty případů ošetření z kategorie plánovaná péče byly téměř mizivé, zatímco náklady na tuto péči jsou

již signifikantní. K osvětlení příčin těchto „nesrovnalostí“ poslouží níže uvedený obrázek č. 11, jenž je zaměřen na průměrné veličiny.

V rámci zachování zavedené posloupnosti je však nejprve uveden obrázek č. 10, jenž v návaznosti na obrázek č. 8 demonstruje výši celkových nákladů za ošetření cizinců v ČR v letech 2006-2010.

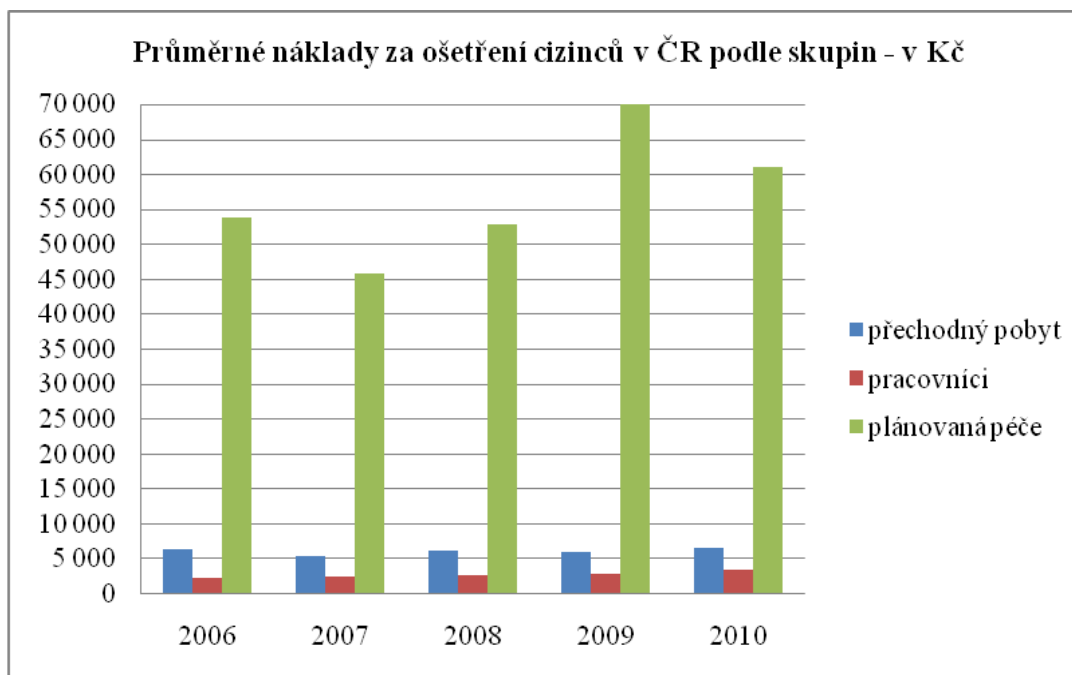


Obrázek 10: Náklady za ošetření cizinců v ČR celkově

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Z obrázku č. 10 je opět patrné, že poměrně rychlý nárůst počtu případů ošetření doprovází přibližně stejně rychlý nárůst nákladů za tato ošetření. Vedle toho je tento obrázek dobrou ilustrací toho, jak vysoké částky výpomocně hradí příslušné české zdravotní pojišťovny, resp. jak vysoké částky plynou přes styčná místa daných států. Je třeba si také uvědomit, že tyto výdaje jsou výpomocným zdravotním pojišťovnám hrazeny až dodatečně. V průběhu roku, tak zdravotním pojišťovnám mohou výrazně kolísat pohledávky, což jistě ovlivňuje jejich účetnictví i hospodaření.

Po zmínce o celkových nákladech je již vhodné uvést obrázek č. 11 s náklady průměrnými, jenž dopomůže k osvětlení některých výše zmíněných domněnek.



Obrázek 11: Průměrné náklady za ošetření cizinců v ČR

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Z výše uvedeného obrázku č. 11 jsou již dobře patrné důvody, jež vedou k neúměrnosti mezi počtem případů ošetření pro dané skupiny osob a celkovými náklady za tuto péči. Z obrázku je zřejmé, že plánovaná péče je mnohonásobně nákladnější, než péče poskytnutá pracovníkům či osobám přechodně pobývajícím v ČR. Z toho lze vyvodit zajímavý závěr, že ČR je atraktivním poskytovatelem plánované péče v relativně nákladnějších segmentech. Z tohoto důvodu je tedy podíl nákladů za plánovanou péči na celkových nákladech poměrně vysoký, přestože případů plánované péče je minimum. Dále si je z obrázku možné povšimnout, že průměrné náklady za ošetření cizinců při přechodném pobytu jsou přibližně dvojnásobné než průměrné náklady za ošetření cizích pracovníků. Je tomu tak proto, že cizinci, přebývající v ČR pouze po přechodnou dobu, čerpají v českých zdravotnických zařízeních většinou péči při vážných zraněních či ohrožení života. Tato péče je pak logicky relativně nákladná. Vedle toho cizí pracovníci mají v ČR většinou nárok na plnou zdravotní péči, která zahrnuje i běžná, méně nákladná ošetření a prohlídky, jež samozřejmě průměrné náklady snižují. Tím je osvětlena skutečnost, že celkové náklady za péči poskytnutou cizincům při přechodném pobytu v ČR jsou ze všech skupin osob

nejvyšší, přestože samotné případy těchto ošetření nejsou nejčetnější. K přesnějšímu zobrazení průměrných nákladů za případy ošetření v jednotlivých skupinách osob v letech 2006-2010 nejlépe poslouží následující tabulka č. 5.

Tabulka 5: Průměrné náklady za ošetření cizinců v ČR – v Kč

Skupiny osob	Roky				
	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Přechodný pobyt</i>	6 343	5 468	6 085	6 062	6 477
<i>Pracovníci</i>	2 256	2 425	2 720	2 811	3 483
<i>Plánovaná péče</i>	53 861	45 714	52 858	70 714	61 020

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Tabulka č. 5 již jen doplňuje a zpřesňuje informace uvedené na obrázku č. 11. Je možné vidět, že průměrné náklady za plánovanou péči jsou opravdu nepoměrně vyšší než náklady za zbylé druhy péče. Nejvyšší částky poté dosáhly v roce 2009, kdy překonaly hranici 70 000 Kč v průměru za jeden případ. Vedle toho je vidět, že průměrné náklady za ošetření cizích pracovníků jsou přibližně dvojnásobné oproti průměrným nákladům za ošetření cizinců při přechodném pobytu v ČR.

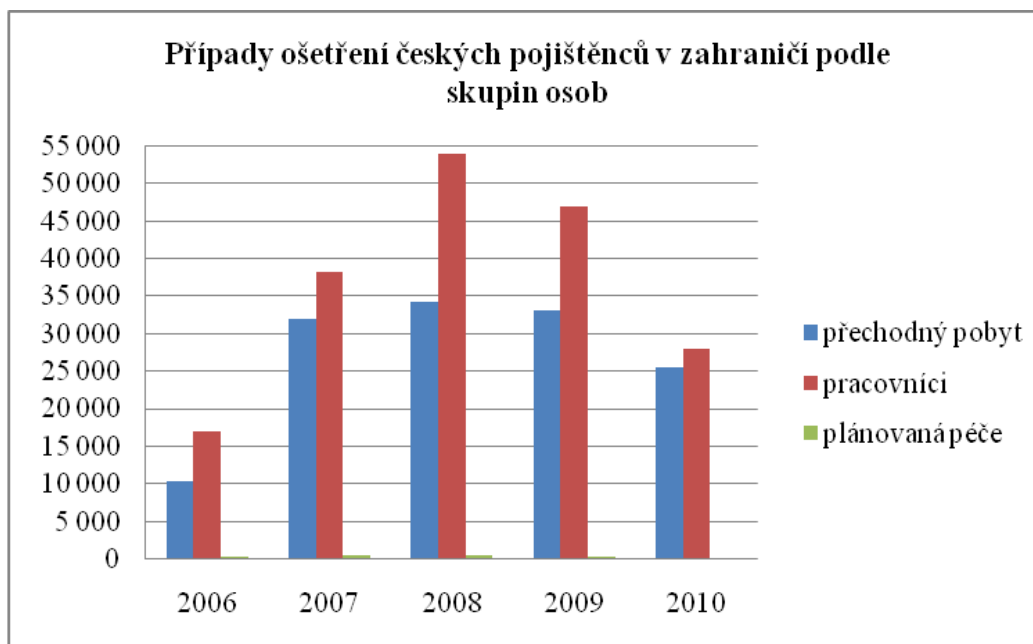
4.2 Čeští pojištěnci v zahraničí

Druhá část kapitoly 4 je pojata z opačného pohledu a zachycuje případy, kdy jsou čeští pojištěnci z různých důvodů ošetřeni v jiném evropském státě. I v této podkapitole je třeba pamatovat na to, že u skupiny pracovníků sice jde o české pojištěnce, ale zároveň se převážně jedná o cizí občany.

4.2.1 Případy ošetření českých pojištěnců v zahraničí

Následující obrázek č. 12 opět nejprve „prostě“ zachycuje vývoj počtu případů ošetření českých pojištěnců v zahraničí v letech 2006-2010. Z důvodu přehlednosti a porovnatelnosti, jsou případy opět analogicky rozděleny podle skupin osob (resp. důvodu jejich pobytu v zahraničí), a to následovně:

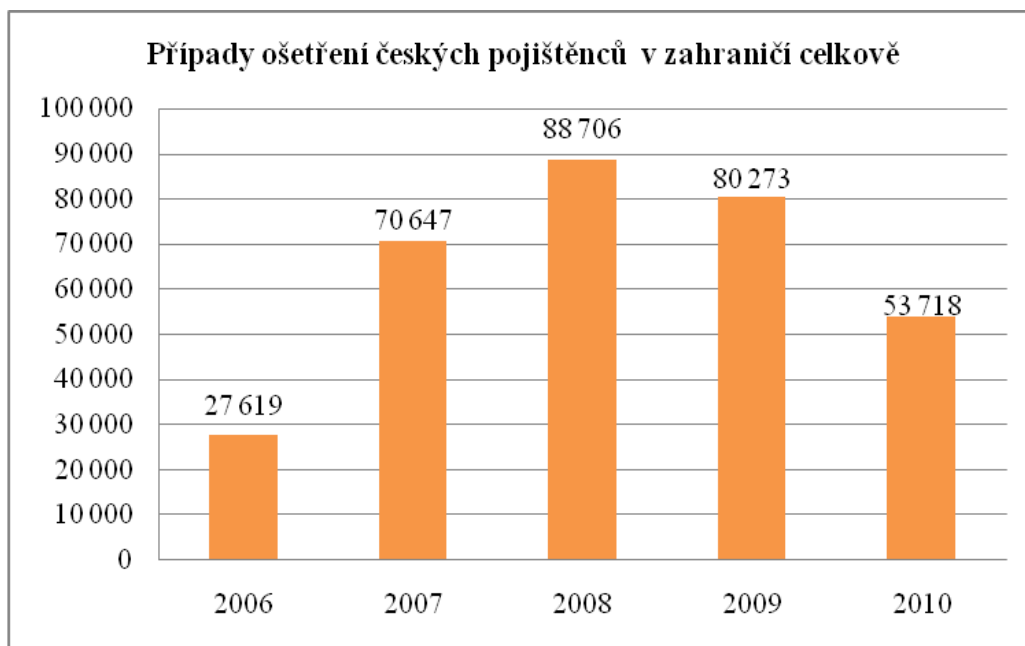
- přechodný pobyt,
- pracovníci (včetně jejich nezaopatřených rodinných příslušníků),
- plánovaná péče.



Obrázek 12: Případy ošetření českých pojištěnců v zahraničí podle skupin osob

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Z obrázku č. 12 je opět patrné, že k nejvíce případům ošetření opět dochází ve skupinách pracovníků a u osob pobývajících v zahraničí přechodně. Tuto skutečnost lze opět přisuzovat velkému počtu osob působících v zahraničí z těchto důvodů. Změnou oproti obrázku č. 7 již však je větší dominance případů ošetření pracovníků. I ta se ale, dle výsledků posledních let, stírá. Počet případů plánované péče pak opět tvoří mizivý podíl v celkovém počtu ošetření. Dalším rozdílem oproti obrázku č. 7 je odlišný vývoj počtu případů pro jednotlivé skupiny osob. Ten zpočátku ve všech skupinách roste až do roku 2008, kde ve sledovaných letech dosahuje svého maxima. Od tohoto roku počty ošetření ve všech skupinách opět klesají. Zřetelněji tento vývoj zobrazuje následující obrázek č. 13.



Obrázek 13: Případy ošetření českých pojištěnců v zahraničí celkově

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Předešlé tvrzení o vývoji počtu případů ošetření jen dokládá výše uvedený obrázek č. 13, jenž v jednotlivých letech sumarizuje počty ošetření pro všechny tři skupiny osob. Z těchto dat se lze jen domnívat, zda k poklesu případů ošetření od roku 2008 došlo v důsledku snížení migrace českých pojištěnců v rámci hospodářské recese, či zda lze pokles připisovat pouze snížení samotné potřeby lékařských ošetření při stejném počtu migrujících osob. K alespoň hrubému objasnění předchozího tvrzení může posloužit následující tabulka č. 6, jenž zachycuje počet pracovníků ze zemí EU, evidovaných v ČR v letech 2006-2010.

Tabulka 6: Počet zahraničních pracovníků evidovaných v ČR

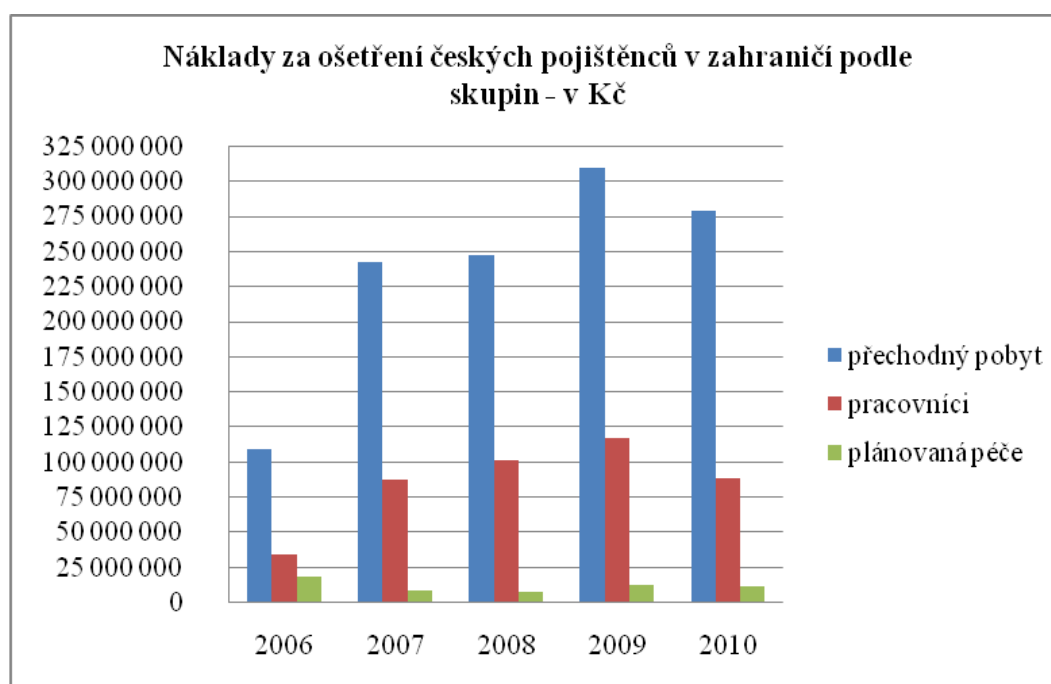
Roky	Počet zahraničních pracovníků v ČR
2006	119 915
2007	144 594
2008	140 917
2009	139 120
2010	143 772

Zdroj: zpracováno z [33]

Výše zmíněná tabulka č. 6 vychází z toho, že počet těchto pracovníků se přibližně rovná počtu českých pojištěnců (ze skupiny pracovníků), kteří by mohli být v příslušných letech ošetřeni v zahraničí (v místě bydliště). Z tabulky č. 7 pak plyne, že, za tohoto předpokladu, počty ošetření českých pojištěnců (pracovníků) v zahraničí příliš nekorelují se skutečným vývojem počtu pracovníků, kteří na tato ošetření mají nárok. Ovšem je nutno zdůraznit, že aplikovaný předpoklad je poměrně slabý. V tabulce č. 6 jsou například uvedeni pouze pracovníci, zatímco v předchozích grafech jsou do skupiny pracovníků zahrnuti i jejich nezaopatření rodinní příslušníci. Vypovídací schopnost tohoto srovnání je tudíž spíše okrajová.

4.2.2 Náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí

Po uvedení počtu případů ošetření je již opět možné zabývat se finanční stránkou dané problematiky, tedy stránkou nákladovou. Obrázek č. 14 demonstruje vývoj nákladů za ošetření českých pojištěnců v zahraničí v letech 2006-2010, opět v návaznosti na to, jaké skupině osob byla příslušná zdravotní péče poskytnuta.

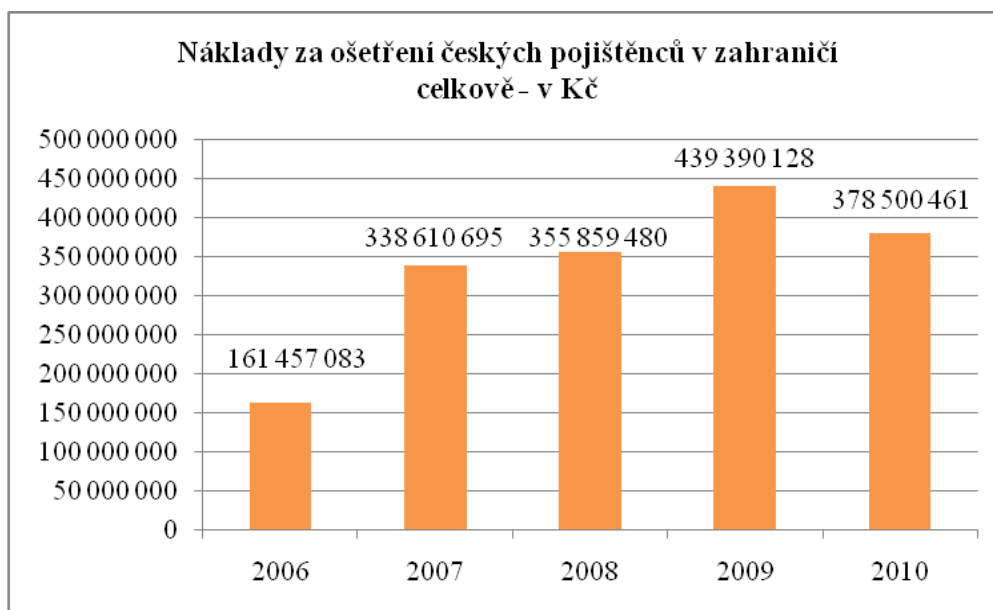


Obrázek 14: Náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí podle skupin osob

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Na obrázku č. 14 se opakují některé pravidelnosti jako na obrázku č. 9. Přestože počet případů ošetření českých pojištěnců v zahraničí je ve všech sledovaných letech nejvyšší u pracovníků, nejvyšších nákladů opět dosahují ošetření českých pojištěnců při přechodných pobytech v zahraničí. Rozdíl mezi náklady za ošetření těchto dvou skupin osob je již však mnohem markantnější. Opět je třeba si povšimnout relativně vysokých nákladů za plánovanou péči, vztahující se k poměrně nízké četnosti případů této péče. Určitou zvláštností je, že zatímco počty případů ošetření v jednotlivých skupinách rostou do roku 2008, tak náklady za ošetření v jednotlivých skupinách rostou až do roku 2009. Některá vysvětlení opět podá obrázek s průměrnými veličinami.

Před obrázkem s průměrnými náklady je však opět nejprve uveden obrázek č. 15 zobrazující výši celkových nákladů za ošetření českých pojištěnců v zahraničí v letech 2006-2010.



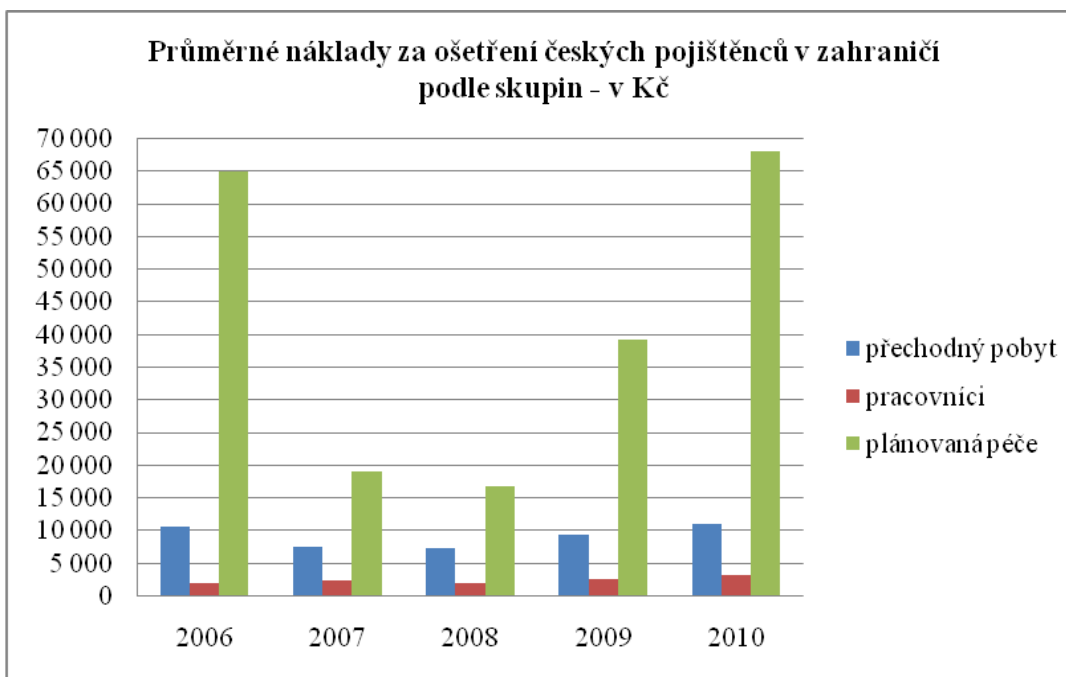
Obrázek 15: Náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí celkově

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Obrázek č. 15 jen potvrzuje a číselně konkretizuje informace zmíněné u předchozího obrázku č. 14. A sice, že celkové náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí rostou až do roku 2009, kde ve sledovaných letech dosahují svého maxima. Tyto částky naopak

tvoří závazky českých zdravotních pojišťoven vůči příslušným zahraničním zdravotním pojišťovnám, které jsou v této situaci výpomocnými institucemi.

Na tomto místě je, dle použité posloupnosti, vhodné uvést obrázek č. 16 zachycující průměrné náklady, jenž by měl opět vést k odkrytí některých, výše zmíněných nepravidelností.



Obrázek 16: Průměrné náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Z obrázku č. 16 je opět na první pohled viditelné, že v průměru daleko nejnákladnější ošetření jsou ze skupiny plánované péče. Poměrně vysoké výkyvy však ukazují na to, že pro české pojištěnce je v tomto smyslu žádaná i „méně“ nákladná zahraniční plánovaná péče. Dále se ukazuje, že i v tomto případě jsou průměrné náklady za ošetření českých pojištěnců při přechodném pobytu v zahraničí vyšší než průměrné náklady za ošetření českých pracovníků (českých pojištěnců) v zahraničí. Důvody jsou opět podobné jako u výsledků obrázku č. 11, tedy nákladově odlišné druhy čerpané péče u těchto dvou skupin osob (plná zdravotní péče, nezbytná zdravotní péče). Oproti obrázku č. 11 jsou však rozdíly mezi průměrnými náklady za péči v těchto dvou skupinách mnohem větší. Z toho

lze mj. usuzovat, že nezbytná zdravotní péče (vážnější zákroky) je v zahraničí v průměru dražší, než nezbytná zdravotní péče v ČR. Konkrétní výsledky průměrných nákladů za případy ošetření v jednotlivých skupinách osob v letech 2006-2010 jsou pro přehlednost opět zachyceny v následující tabulce č. 7.

Tabulka 7: Průměrné náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí – v Kč

Skupiny osob	Roky				
	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Přechodný pobyt</i>	10 508	7 600	7 221	9 394	10 902
<i>Pracovníci</i>	1 995	2 286	1 869	2 491	3 155
<i>Plánovaná péče</i>	65 001	19 120	16 801	39 183	68 012

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Tabulka č. 7 opět dokládá, že i mezi průměrnými náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí dosahuje nejvyšších částek plánovaná péče. Nedosahuje však již stabilně tak vysokých částek, jako tomu bylo u plánované péče cizinců v ČR. Dále je možné vidět, že průměrné náklady za ošetření českých pracovníků (pojištěnců) jsou v některých letech i pětinasobně vyšší než průměrné náklady za ošetření českých pojištěnců při přechodném pobytu. I tato proporce je tedy poměrně odlišná od poměru průměrných nákladů za ošetření v těchto dvou skupinách, než v případě ošetření cizích pojištěnců v ČR.

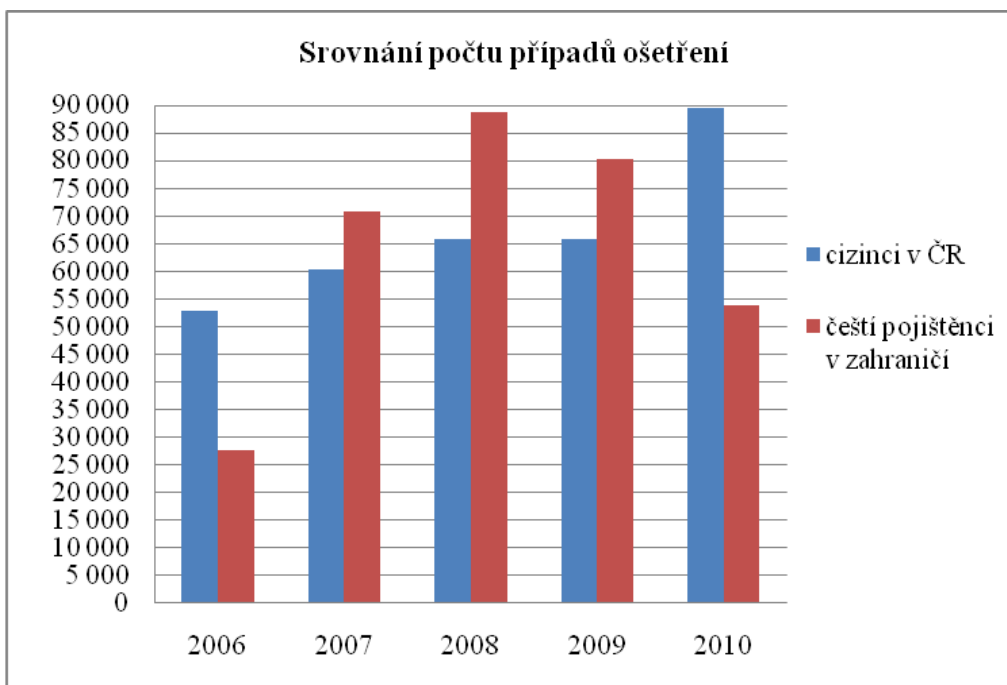
4.3 Porovnání předchozích výsledků a důsledky pro ČR

Předchozí dvě části kapitoly 4 jsou zaměřeny, víceméně izolovaně, buď na případy ošetření cizích pojištěnců v ČR, anebo českých pojištěnců v zahraničí. Tomuto členění tudíž odpovídají i jednotlivé výstupy a jejich vypovídací schopnost. Tato část je oproti tomu zaměřena na určité porovnání výsledků z předchozích částí této kapitoly a zachycení především ekonomických důsledků pro ČR a příslušné české subjekty.

4.3.1 Celkové počty případů ošetření a celkové náklady za ně

Jako výchozí je nejprve třeba uvést obrázek č. 17, zachycující srovnání celkových počtů případů ošetření cizinců v ČR s počtem případů ošetření českých pojištěnců v zahraničí.

Obrázek opět zachycuje pouze sledované období let 2006-2010, ovšem tentokrát je zaměřen pouze na počty celkové, nikoliv v rozdělení dle skupin osob, aby byla udržena určitá přehlednost.



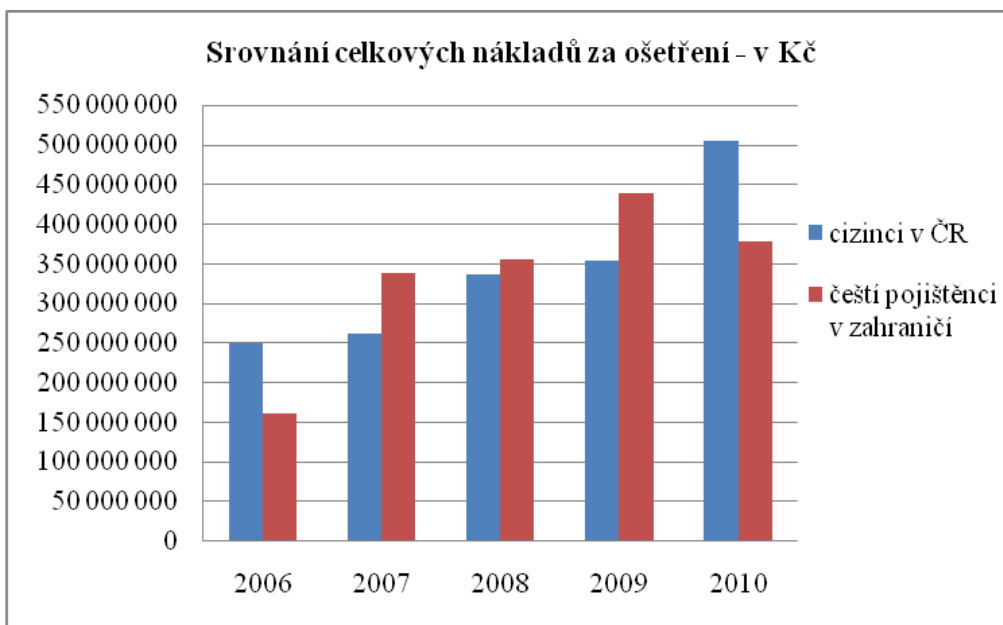
Obrázek 17: Srovnání počtu případů

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Z obrázku č. 17 je dobře patrné, že počty ošetření cizinců v ČR mají ve sledovaném období povětšinou mírně vzrůstající charakter, zatímco počty ošetření českých pojištěnců v zahraničí poměrně kolísají (nejdříve rostou, pak klesají). Z toho pak vyplývá, že v některých letech (2006, 2010) je evidováno více ošetření cizinců v ČR než českých pojištěnců v zahraničí a v některých letech (2007, 2008, 2009) je tomu zase naopak. Pokud je následně od celkového součtu počtu ošetření cizinců v ČR odečten celkový součet počtu ošetření českých pojištěnců v zahraničí (pro všechny sledované roky), zjistíme, že ošetření cizích pojištěnců v ČR bylo ve sledovaných letech o 13 245 případů více, než případů ošetření českých pojištěnců v zahraničí. Z toho plyne, že jelikož je ČR zapojena do systému mezistátního poskytování péče, zdravotnické subjekty měly možnost „vyprodukovat“ více zdravotní péče, než kdyby ČR byla jakousi uzavřenou jednotkou.

Nemluvě o nesporné výhodě na straně ošetřených, spočívající v možnosti ošetření přímo v místě pobytu a za standardních podmínek.

Po srovnání celkových počtů případů ošetření je vhodné uvést obrázek č. 18, který podobným způsobem porovnává celkové náklady za ošetření cizinců v ČR s celkovými náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí. Obrázek je ze zřejmých důvodů zaměřen opět pouze na náklady celkové, nikoliv již v členění dle jednotlivých skupin osob.



Obrázek 18: Srovnání celkových nákladů za ošetření

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

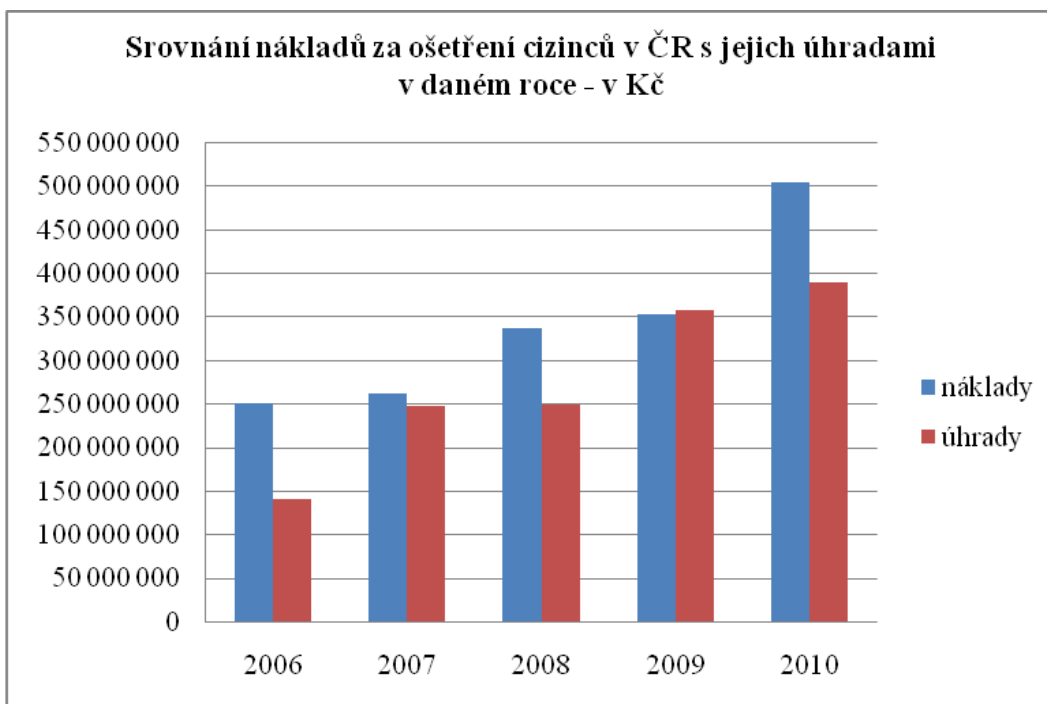
Na obrázku č. 18 je možné vysledovat podobné trendy jako na obrázku č. 17. V letech 2006 a 2010, tedy i celkové náklady za ošetření cizinců v ČR, převyšují celkové náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí a v letech 2007, 2008 a 2009 je tomu opět naopak. Při vytvoření sumární komparace za všechny sledované roky dohromady vychází, že celkové náklady za ošetření cizinců v ČR jsou o 31 826 723 Kč vyšší než celkové náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí. Dalo by se tedy říci, že finanční bilance ČR v mezistátním poskytování zdravotní péče je zisková. Přesnější termín ovšem je, že pohledávky českých zdravotních pojišťoven za zahraničními zdravotními pojišťovnami jsou vyšší než jejich závazky za zahraničními zdravotními pojišťovnami. Jak již bylo totiž

řečeno, k samotným úhradám výpomocně hrazených nákladů dochází až dodatečně a proces úhrady je poměrně komplikovaný. Problematicke skutečných úhrad se věnuje další část této kapitoly. Z uvedených výsledků lze dále vydedukovat, že daná situace je pozitivní pro české poskytovatele zdravotní péče, jelikož ti v případě ošetření cizinců obdrží finanční prostředky „ihned“ od příslušných českých výpomocných zdravotních pojišťoven. Nemusejí tudíž čekat na vzájemné vyrovnání mezi výpomocnou a kompetentní zdravotní pojišťovnou. Vedle toho se zdravotnickým zařízením zvětšuje okruh potenciálních „zákazníků“, což umožňuje dosahování vyšších tržeb.

4.3.2 Celkové náklady za ošetření a skutečné úhrady

Ústřední roli v kapitole 4.3.1 hrají náklady za mezistátně poskytovanou péči. Již mnohokrát však bylo naznačeno, že tyto náklady jsou nejprve hrazeny výpomocnou zdravotní pojišťovnou v příslušném státě a až následně dochází k jejich skutečné úhradě kompetentní zdravotní pojišťovnou. Právě o faktor skutečných úhrad je rozšířena analýza v této kapitole.

Jako první je v následujícím obrázku č. 19 zachyceno srovnání nákladů českých výpomocných zdravotních pojišťoven za ošetření cizinců v ČR se skutečnými úhradami těchto nákladů od příslušných zahraničních kompetentních zdravotních pojišťoven. Porovnávají jsou tyto veličiny opět v letech 2006-2010 dle toho, jak vysoké náklady v daném roce vznikly a jak vysoká část jich byla v daném roce uhrazena.

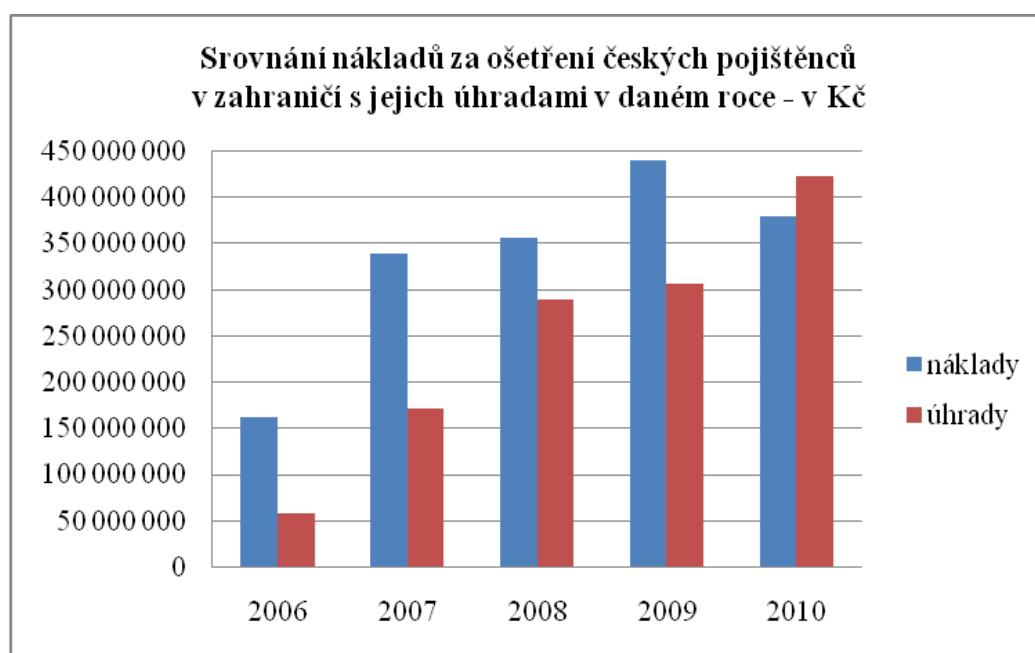


Obrázek 19: Srovnání nákladů za ošetření cizinců v ČR s úhradami

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Na obrázku č. 19 lze pozorovat, že náklady, ale i jejich úhrady v jednotlivých letech, rostou. Vedle toho je však viditelné, že náklady za ošetření, až na výjimku v roce 2009, dosti převyšují jejich skutečné úhrady v jednotlivých letech. Tento jev je opět potřeba přisoudit dodatečnému přeúčtování výpomocně vynaložených nákladů resp. časové a administrativní náročnosti celého procesu poskytování a úhrad mezistátní péče. Přestože tedy částky samotných úhrad v jednotlivých letech rostou, suma neuhrazených pohledávek se za sledované období vyšplhala až k částce téměř 322 330 000 Kč. Z tohoto hlediska tak koordinace systémů sociálního zabezpečení přináší možnost zvýšení poptávky po zdravotní péči poskytované v ČR, ovšem na druhé straně i nebezpečí pro výpomocné zdravotní pojišťovny v podobě časového nesouladu mezi výpomocně vynaloženými náklady a jejich úhradou. Problém ovšem zřejmě nebude v neschopnosti kompetentních zdravotních pojišťoven hradit tyto náklady, ale spíše v časové náročnosti procesu přeúčtování.

Na danou problematiku lze samozřejmě nahlížet i z druhé strany, kdy je zdravotní péče poskytnuta českým pojištěncům v zahraničí. V této situaci tedy nejprve náklady za tuto péči výpomocně uhradí zahraniční zdravotní pojišťovna a ta je až následně přeučtuje k uhrazení příslušné české kompetentní zdravotní pojišťovně. Následující obrázek č. 20 tak zachycuje srovnání nákladů zahraničních výpomocných zdravotních pojišťoven za ošetření českých pojištěnců v zahraničí se skutečnými úhradami těchto nákladů od příslušných českých kompetentních zdravotních pojišťoven.



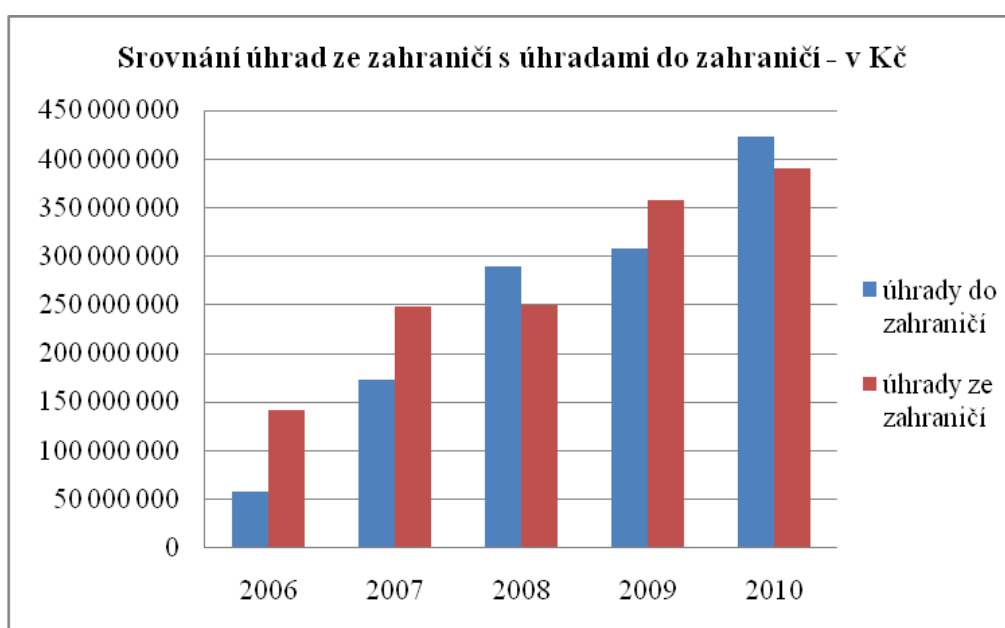
Obrázek 20: Srovnání nákladů za ošetření českých pojištěnců v zahraničí s úhradami

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Na obrázku č. 20 si je možné všimnout, že náklady za poskytnutou zdravotní péči jsou i v tomto případě výrazně vyšší než její úhrady. Opět zde jeden rok tvoří určitou výjimku, je jím rok 2010, kdy skutečné úhrady byly vyšší než náklady za ošetření tohoto roku. Daná situace vznikla nejpravděpodobněji tím, že v roce 2010 byla, mimo nákladů příslušících k tomuto roku, uhrazena i objemnější část nákladů příslušících k roku předcházejícímu. I přes tuto výjimku však převyšuje suma celkových nákladů ze všech sledovaných let příslušné úhrady o téměř 425 000 000 Kč. Rovněž tato částka je poměrně výrazná a pro některé subjekty může být i zásadní. Z hlediska zahraničních zdravotních pojišťoven tato

částka opět představuje určitou část neuhrazených pohledávek. Z pozice českých zdravotních pojišťoven však tato částka představuje určitým způsobem odložené závazky. Ty jim pak do jisté míry mohou kompenzovat jejich doposud neuhrazené pohledávky (viz výše).

Poslední, co lze ještě porovnat, jsou skutečné úhrady, které provedou české kompetentní zdravotní pojišťovny do zahraničí s úhradami, které naopak inkasují české výpomocné zdravotní pojišťovny, a to opět ve sledovaných letech 2006-2010. Následující obrázek č. 21 se tedy zabývá porovnáním úhrad do zahraničí s úhradami ze zahraničí.



Obrázek 21: Srovnání úhrad ze zahraničí s úhradami do zahraničí

Zdroj: zpracováno z [30][31][32][31][32]

Opět je očividné, že v některých letech (2006, 2007, 2009) získal český systém zdravotní pojištění v reálu více finančních prostředků, než kolik do zahraničí uhradil. Evidovány jsou ale i roky (2008, 2010), kdy tomu bylo naopak a z českého systému zdravotního pojištění bylo odčerpáno do zahraničí více finančních prostředků, než do něj ze zahraničí bylo získáno. Roky, v nichž v tomto smyslu dosáhl český systém zdravotního pojištění kladného výsledku, jsou samozřejmě pro ČR pozitivní, především pro příslušné zdravotní pojišťovny. Znamená to totiž, že od zahraničních zdravotních pojišťoven obdrželi více

finančních prostředků, než jim uhradily samy. Je ovšem potřeba vnímat dvě skutečnosti. Tou první je, že tyto údaje jsou získány hromadně od všech zdravotních pojišťoven. Pokud tedy český systém zdravotního pojištění v některém roce dosáhne kladné bilance se zahraničím, neznamená to, že tento výsledek sdílí veškeré české zdravotní pojišťovny. V extrémním případě se může totiž stát, že některá česká zdravotní pojišťovna v daném roce pouze hradila své závazky do zahraničí, ale sama například neměla žádné pohledávky vůči zahraničním zdravotním pojišťovnám. Druhou skutečností, na kterou je třeba brát zřetel je, že do konce jednotlivých let nebývají uhrazeny veškeré pohledávky ani závazky. Do dalších let je tedy vždy třeba pamatovat i na tyto částky, dosud neuhrazené, a stav ke konci roku nenadhodnocovat. I z tohoto obrázku lze spočítat celkovou bilanci úhrad ze všech sledovaných let. Výsledkem je, že úhrady ze zahraničí převyšují ve sledovaných letech úhrady do zahraničí o téměř 135 500 000 Kč. Tedy rovněž tento výsledek se jeví jako kladný, přestože v sobě může skrývat některé výše zmíněné „nedostatky“. Pro český systém zdravotního pojištění jako celek, to nicméně znamená, že v rámci mezistátního poskytování zdravotní péče inkasoval ze zahraničí více finančních prostředků, než do zahraničí uhradil. I z tohoto hlediska se tedy proces koordinace systémů sociálního zabezpečení jeví pro ČR jako přínosný.

5 Shrnutí a zhodnocení poznatků

Tato kapitola je zaměřena na finální shrnutí poznatků, jimiž se diplomová práce zabývá. Poslouží tedy ke stručnému zachycení nejdůležitějších informací, jež tato práce přináší.

Ústřední roli v této diplomové práci má samozřejmě český systém zdravotního pojištění. Ten se, podobně jako jiné systémy zdravotního pojištění ve světě, vyvíjel po mnoho let, během kterých došlo k mnoha významným i méně významným změnám, jež dopomohly k jeho modifikaci do současné podoby. Český systém zdravotního pojištění se vyvíjel zhruba od konce 19. století, kdy se zdravotní pojištění týkalo pouze některých dělníků. Během let se však postupně rozšiřovalo mezi širší vrstvy, až se stalo povinným. Během období komunismu v ČR byl systém zdravotního pojištění dokonce zestátněn. Po roce 1989 však došlo k jeho další přeměně a postupně tak došlo k jeho vývoji až po současný systém tzv. veřejného zdravotního pojištění Bismarckovského typu. Posledním zásadním milníkem pak byl vstup ČR do EU dne 1. 5. 2004, jenž opět výrazně ovlivnil český zdravotně pojistný systém. Právě na analýzu dopadů vstupu ČR do EU na český systém zdravotního pojištění je v této práci kladen zvýšený důraz.

V současnosti tedy v ČR dominuje systém statutárního zdravotního pojištění, které je povinné pro všechny občany ČR, se zanedbatelným doplněním privátního zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění je financováno z povinných odvodů pojistného, na nichž se různou měrou podílí zaměstnanci, zaměstnavatelé a stát. Správu těchto financí následně zabezpečují samosprávné zdravotní pojišťovny, z nichž rozhodující postavení má největší z nich – Všeobecná zdravotní pojišťovna. Zdravotní pojišťovny poté zprostředkovávají jednak výběr pojistného na zdravotní pojištění, tak i následnou úhradu poskytnuté zdravotní péče v případě jejího čerpání.

Jak již bylo řečeno výše, jedním z posledních významných milníků pro český systém zdravotního pojištění byl vstup ČR do EU. V návaznosti na to jsou v diplomové práci podrobně rozebrány důsledky této události na jednotlivé subjekty českého systému zdravotního pojištění. Vstupem do EU totiž ČR začala být účastna procesu tzv. koordinace systémů zdravotního pojištění v rámci členských zemí EU, potažmo EHP a Švýcarska. To

mj. výrazně ovlivnilo subjekty, jichž se systém zdravotního pojištění bezprostředně týká. Především pak pojišťovny, zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení aj. Práce je v tomto ohledu zaměřena nejen na důsledky procesní, ale rovněž i na některé ekonomické.

Z pohledu pojištěnců měl vstup ČR do EU, resp. proces koordinace systémů sociálního zabezpečení, vést především ke stírání rozdílů v poskytování zdravotní péče při migraci po členských státech. Dle zjištěných informací je opravdu zřetelná snaha EU o zajištění rovných podmínek při čerpání zdravotní péče napříč členskými státy. K dosažení tohoto cíle slouží zejména příslušná Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES). Jejich aplikace má totiž vést k zabezpečení čtyř základních principů, na nichž je vystaven proces koordinace sociálních systémů: rovnost nakládání, aplikace právního řádu jediného státu, sčítání dob pojištění a zachování nabytých práv. Bylo zjištěno, že konkrétní podmínky nároků na zdravotní péči při migraci po členských zemích významně závisí na konkrétní situaci dané migrující osoby (zaměstnanec, důchodce, rodinný příslušník zaměstnance atd.). Pro některé skupiny osob došlo k významnému usnadnění (např. turisti), u jiných osob došlo sice také k usnadnění, ovšem spojené s mnohdy náročnou administrativní přípravou (formuláře, postupy). Za přínos lze také určitě považovat možnost vycestování do jiné členské země za tzv. plánovanou zdravotní péči. Rovněž je potřeba zmínit existenci tzv. Evropského průkazu zdravotního pojištění, díky němuž mohlo opět dojít ke značnému usnadnění přístupu k veřejným zdravotním službám v zemi pojištění, ale především i v zemi aktuálního pobytu. Rámcově jsou tedy jasně zřetelné pozitivní důsledky vstupu ČR do EU pro pojištěnce, vedoucí k usnadnění jejich migrace po členských zemích z jakéhokoliv důvodu. Přestože v některých situacích je obtížnější se ihned zorientovat, je nutné dodat, že příslušné postupy jsou vesměs jasně definovány.

V pořadí dalšími subjekty systému zdravotního pojištění, jež ovlivnil vstup ČR do EU, jsou zdravotnická zařízení. Těm se z hlediska procesního změnil především postup při ošetření pojištěnce z jiné členské země. I v tomto případě je pro zdravotnická zařízení důležité vědět, z jakého důvodu se pacient vyskytuje v ČR, či do jaké skupiny osob patří. Na tom totiž závisí rozsah hrazené zdravotní péče, na kterou má daný pacient nárok. K rozeznání tohoto nároku pak většinou zdravotnickým zařízením slouží typ dokladu, jímž se daný pacient při ošetření prokáže. Následná úhrada takto poskytnuté zdravotní péče je

pro zdravotnická zařízení poměrně výhodná, jelikož k ní dochází de facto promptně prostřednictvím tzv. výpomocných institucí. Těmi jsou v ČR české zdravotní pojišťovny. Zdravotnická zařízení tak nemusí o úhradě jednat se zahraničními zdravotními pojišťovnami těchto pacientů, nýbrž pouze s příslušnými výpomocnými českými zdravotními pojišťovnami. Vedle toho se českým zdravotnickým zařízením hypoteticky zvětšuje i trh s potenciálními pacienty a získávají tak možnost „prodat“ své jméno i v zahraničí. Drobné administrativní změny se tak již nejeví jako přílišná zátěž.

Dalšími subjekty systému zdravotního pojištění, které byly významně ovlivněny vstupem ČR do EU, jsou pochopitelně zdravotní pojišťovny. Ty se mohou v rámci koordinace systémů sociálního zabezpečení setkat se dvěma novými rolemi. První je role výpomocné zdravotní pojišťovny v případě, že je v ČR ošetřen cizí pojištěnec. Tehdy za něj výpomocně uhradí náklady za poskytnutou péči a až následně dochází k vyrovnání se zdravotní pojišťovnou tohoto pacienta. Druhá role je pak při přesně opačné situaci, kdy je pojištěnec dané české zdravotní pojišťovny (kompetentní zdravotní pojišťovna) ošetřen v zahraničí. Tehdy jsou náklady za tuto péči v zahraničí opět nejprve uhrazeny místní výpomocnou zdravotní pojišťovnou, ta se pak opět dodatečně vyrovná s příslušnou českou kompetentní zdravotní pojišťovnou. Z těchto procesů pak pro zdravotní pojišťovny samozřejmě plyne i zvýšení přenosu informací a financí se zahraničními subjekty a tím i úprava a nárůst administrativy. Ze získaných informací lze tedy vyvodit, že procesně se daná problematika stává pro zdravotní pojišťovny relativně náročnou, ovšem na druhou stranu je poměrně kvalitně legislativně podchycena. K usnadnění situace pojištěnců tak z tohoto pohledu došlo za cenu zvýšení administrativního zatížení zdravotních pojišťoven.

V neposlední řadě je u daného tématu třeba zmínit institut tzv. styčného orgánu. V ČR je jím, pro oblast věcných dávek v nemoci, Centrum mezistátních úhrad. Tento orgán zastupuje systém poskytování zdravotní péče ČR ve vztahu k dalším státům. Na činnost tohoto orgánu je zaměřena pozornost především proto, jelikož zabezpečuje provádění úhrad za mezistátně poskytovanou zdravotní péči. Právě prostřednictvím styčných orgánů jednotlivých členských zemí dochází k vyrovnání výpomocně vynaložených nákladů mezi příslušnými výpomocnými a kompetentními zdravotními pojišťovnami. Vedle zúčtovací činnosti zabezpečuje styčný orgán například i činnost informační, metodickou či

statistickou. Tento orgán hrál v českém systému zdravotního pojištění významnou roli již před vstupem ČR do EU, po vstupu ČR do EU se však jeho význam ještě umocnil. Předchozí tezi potvrzuje i vzrůstající objem finančních prostředků, jež přes tento orgán každý rok plynou. Role tohoto orgánu i předchozích subjektů při poskytování a úhradě mezistátní péče jsou v práci, pro větší názornost, zachyceny i schematicky.

V rámci zjištění některých ekonomických důsledků vstupu ČR do EU je v práci provedena i elementární číselná analýza, při níž byla využita statistická data shromážděná právě CMU. Tato data se většinou týkají ošetření pacientů při mezistátním poskytování zdravotní péče v letech 2006-2010. Pro účely této práce jsou tato data rozlišena podle toho, zda k ošetření došlo u cizinců v ČR nebo naopak u českých pojištěnců v zahraničí. Následně jsou výsledky obou těchto skupin porovnávány i mezi sebou. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že u ošetření cizinců v ČR došlo ve sledovaných letech ke stálému navyšování počtu případů ošetření i s tím souvisejících nákladů za ošetření. Toto zvyšování „zájmu“ o ošetření cizinců v ČR lze brát jako pozitivní pro česká zdravotnická zařízení. Pro české výpomocné zdravotní pojišťovny z toho samozřejmě plyne především určité zvýšení administrativní činnosti a nárůst pohledávek za zahraničními subjekty. Dosažení podobných výsledků bylo očekáváno i u druhé skupiny, tedy ošetření českých pojištěnců v zahraničí. V tomto případě je však vývoj odlišný, kdy počty ošetření i náklady za ně nejprve rostou, aby následně zase poklesly. O příčinách této odlišnosti se lze jen domnívat. Zajímavé výsledky přinesly například i obrázky, zachycující průměrné náklady za ošetření. Lze z nich mj. vyčíst, že cizinci mají v ČR zájem o poměrně nákladnou plánovanou péči, zatímco čeští pojištěnci mají v zahraničí zájem i o méně nákladnou péči. Průměrné náklady za ošetření pracovníka pak vycházejí v obou případech přibližně stejně. Z pohledu sumárního porovnání obou skupin bylo zjištěno, že ve sledovaných letech bylo ošetřeno o 13 245 více cizinců v ČR než českých pojištěnců v zahraničí. Rovněž náklady za ošetření cizinců v ČR převýšily náklady za ošetření českých pojištěnců v zahraničí o 31 826 723 Kč. Tyto výsledky rovněž poukazují na výhodnou situaci pro česká zdravotnická zařízení. Diagramy rovněž dokreslují skutečnost, jak velké objemy finančních prostředků se pohybují mezi příslušnými institucemi i jak velká část nákladů není okamžitě uhrazena. To naopak ukazuje na možné komplikace pro příslušné zdravotní pojišťovny.

Závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zhodnocení důsledků vstupu ČR do EU na systém českého zdravotního pojištění. V rámci tohoto cíle je práce nejprve zaměřena na zhodnocení určitých procesních důsledků této události, a to postupně pro příslušné subjekty systému zdravotního pojištění. Zvláštní pozornost je přitom věnována procesu mezistátního poskytování zdravotní péče a její úhrady jako nejvíce postižené oblasti touto událostí. Po zaměření na jednotlivé subjekty systému zdravotního pojištění je prostor věnován i fungování systému jako celku. V neposlední řadě práce podává i stručné ekonomické zhodnocení důsledků vstupu ČR do EU. To vše při současné snaze o zachování logické a srozumitelné struktury textu.

K podání co nejvěrohodnějšího zobrazení skutečností bylo v práci využito četné množství důvěryhodných zdrojů. Ať už se jednalo o zdroje elektronické či knižní, vždy byl kladen důraz na jejich odbornost. Vedle metody rešerše byly v práci využity i metody dedukce či komparativní analýzy.

Z výsledků práce poté vyplývá, že vstup ČR do EU významně ovlivnil český systém zdravotního pojištění a jeho subjekty. Přistoupením do EU začala být ČR účastna procesu koordinace systémů sociálního zabezpečení. Ze zjištěných informací plyne, že tento akt vedl na straně pojištěnců především ke stírání rozdílů v poskytování zdravotní péče při migraci po členských státech a tím i k výraznému usnadnění samotné migrace. Vedle některých usnadnění tento proces určitým způsobem přispěl i ke „zkvalitnění“ života občanů ČR a to například umožněním plánované mezistátní péče či obecně, politickou strategií EU vedoucí ke zlepšování veřejného zdraví. Dále bylo zjištěno, že konkrétní podmínky nároků na zdravotní péči při migraci po členských zemích silně závisí na konkrétní situaci dané migrující osoby (zaměstnanec, důchodce, rodinný příslušník zaměstnance atd.). Na tomto faktoru je pak významně závislá míra usnadnění resp. míra administrativního zatížení (formuláře, postupy).

Vesměs pozitivní změny poskytlo členství v EU i českým zdravotnickým zařízením. Těm přineslo „otevření trhu“ zejména zvětšení okruhu potenciálních pacientů (zákazníků).

Procesní změny se následně týkají především postupu při ošetření pojištěnce z jiné členské země, kdy zdravotnické zařízení musí zjišťovat, do jaké skupiny osob pacient patří a podle toho určit rozsah zdravotní péče, na kterou má pacient nárok. Nespornou výhodou pak je i to, že následná úhrada takto poskytnuté zdravotní péče je hrazena českými výpomocnými zdravotními pojišťovnami. Zdravotnickým zařízením tím odpadá zdlouhavé a náročné jednání s příslušnými zahraničními subjekty.

Změny se samozřejmě výrazně dotkly i českých zdravotních pojišťoven a to opět především kvůli mezistátnímu poskytování zdravotní péče. V návaznosti na to totiž zdravotním pojišťovnám vznikly nové administrativní i finanční požadavky, vyplývající z role výpomocných resp. kompetentních institucí. Ze získaných informací lze tedy vyvodit, že procesně se daná problematika stává pro zdravotní pojišťovny relativně náročnou, ovšem na druhou stranu je poměrně kvalitně legislativně podchycena. K usnadnění situace pojištěnců tak z tohoto pohledu došlo za cenu zvýšení administrativního zatížení zdravotních pojišťoven.

Obecně tedy vstup ČR do EU přinesl pozitiva především pro pojištěnce. Ta s sebou ovšem nesou i poměrně náročné administrativní změny pro veškeré subjekty zapojené do systému zdravotního pojištění. Tedy i oblast poskytování zdravotní péče v rámci EU s sebou nese určité klady i zápory, podobně jako veškeré koordinační snahy EU v různých oblastech života.

Seznam použité literatury

- [1] NĚMEČEK, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 240. ISBN: 978-80-247-2628-1.
- [2] MCPAKE, B. and NORMAND, CH. *Health Economics: An international perspective*. second edition. New York: Routledge, 2008. 292 p. ISBN: 978-0-415-39132-0.
- [3] STANĚK, J. *Princip solidarity ve zdravotním pojištění* [online]. Zdravotnické noviny, 2009 [vid. 2011-11-09]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/princip-solidarity-ve-zdravotnim-pojisteni-437268>.
- [4] GLADKIJ, J. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, s. 380. ISBN: 80-7226-996-8.
- [5] KONOPÁSKOVÁ, J. *Nová pravidla pro koordinaci sociálního zabezpečení* [online]. ČSSZ. [vid. 2011-10-09]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/nova-pravidla-pro-koordinaci-socialniho-zabezpeceni-v-eu.htm>.
- [6] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Systém zdravotního pojištění před vstupem a po vstupu ČR do EU*. Praha: 2002, s. 128. ISBN: 80-7071-190-6.
- [7] EUROSKOP. *Zdravotnictví* [online]. 2011 [vid. 2012-01-29]. Dostupné z: <http://www.euroskop.cz/672/sekce/zdravotnictvi/>.
- [8] ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997.
- [9] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Prerозdělování pojistného* [online]. [vid. 2011-11-19]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/povinnosti-platcu-pojisteni/metodika/stat/prerозdelovani-pojistneho>.

- [10] SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN. *Seznam českých zdravotních pojišťoven* [online]. [vid. 2011-11-23]. Dostupné z: <http://www.szpcr.cz/index.php?c=pojistovny>.
- [11] DUCHÁČKOVÁ, E. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 2. vyd. Praha: Ekopress, 2005, s. 178. ISBN: 80-86119-92-0.
- [12] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Poskytování zdravotní péče cizincům v ČR* [online]. [vid. 2011-11-28]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/prevence/czech/czech.html>.
- [13] Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení; hlava III, kapitola 1.
- [14] ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Pravidla pro určování příslušnosti* [online]. 2011 [vid. 2011-11-29]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/evropska-unie/urceni-statu-pojisteni/urceni-statu-pojisteni-dle-novych-narizeni-883-2004-a-987-2009/pravidla-pro-urcovani-prislusnosti.htm>.
- [15] EUROSKOP. *Evropský průkaz zdravotního pojištění* [online]. 2011 [vid. 2012-01-29]. Dostupné z: <http://www.euroskop.cz/582/sekce/evropsky-prukaz-zdravotniho-pojisteni/>.
- [16] EUROPEAN COMMISSION. *Employment, social affairs and inclusion* [online]. [vid. 2012-01-19]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=en>.
- [17] ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ŠKODA. *Zaměstnanecký průkaz ZPŠ* [online]. [vid. 2012-01-19]. Dostupné z: http://www.zpskoda.cz/cs/pojistenci/pict_detail.asp?id_obrazek=39.
- [18] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Informace pro poskytovatele zdravotní péče* [online]. [vid. 2012-02-19]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/prozdravotnickazarizeni/evropskaunie/159>.

- [19] VEŘEJNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Typy průkazů zdravotního pojištění* [online]. [vid. 2012-02-09]. Dostupné z: http://archiv.vzp.cz/www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/typy_prukazu_zp.html.
- [20] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Manuál provádění evropského práva* [online]. [vid. 2012-03-25]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/dokumenty/manual.pdf>.
- [21] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Přenositelné dokumenty* [online]. [vid. 2012-02-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11515>.
- [22] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Pro zdravotní pojišťovny* [online]. [vid. 2012-02-19]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/prozdravotnipojistovny/evropskaunie/130>.
- [23] EUROPEAN COMMISSION. *EESSI* [online]. [vid. 2012-01-23]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=cs&catId=869>.
- [24] Interní zdroje zdravotní pojišťovny Škoda
- [25] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kontakty na styčná místa ČR pro provádění mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení* [online]. [vid. 2012-03-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1277>.
- [26] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *O centru mezistátních úhrad* [online]. [vid. 2012-03-25]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/cmu/onas>.
- [27] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Stanovy* [online]. [vid. 2012-03-13]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/dokumenty/stanovy.pdf>.
- [28] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Statistická ročenka 2006* [online]. [vid. 2012-03-19]. Dostupné z: http://www.cmu.cz/dokumenty/rocenky/rocenka_2006.pdf.

- [29] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Statistická ročenka 2007* [online].
[vid. 2012-03-19]. Dostupné z:
<http://www.cmu.cz/dokumenty/rocenky/rocenka2007.pdf>.
- [30] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Statistická ročenka 2008* [online].
[vid. 2012-03-19]. Dostupné z:
<http://www.cmu.cz/dokumenty/rocenky/rocenka2008.pdf>.
- [31] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Statistická ročenka 2009* [online].
[vid. 2012-03-19]. Dostupné z:
<http://www.cmu.cz/dokumenty/rocenky/rocenka2009.pdf>.
- [32] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Statistická ročenka 2010* [online].
[vid. 2012-03-19]. Dostupné z:
<http://www.cmu.cz/dokumenty/rocenky/rocenka2010.pdf>.
- [33] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Cizinci evidovaní úřady práce - občané států EU27* [online]. [vid. 2012-04-19]. Dostupné z:
[http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/4200441254/\\$File/c05r09.pdf](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/4200441254/$File/c05r09.pdf).

Seznam příloh

Příloha A.....	84
Příloha B.....	87
Příloha C.....	89
Příloha D.....	91
Příloha E.....	92
Příloha F	93

Příloha A

A1



Koordinace systémů
sociálního zabezpečení

Osvědčení týkající se právních předpisů v oblasti sociálního zabezpečení, které se vztahují na držitele

Nařízení EU 883/04 a 987/09 (*)

INFORMACE PRO DRŽITELE

Toto osvědčení se týká právních předpisů v oblasti sociálního zabezpečení, které se na vás vztahují, a potvrzuje, že nejste povinni platit příspěvky v jiném státě.

Než vycestujete ze státu, v němž jste pojištěni, a odjedete za prací do jiného státu, ujistěte se, že máte všechny dokumenty, které vás opravňují pobírat nezbytné věcné dávky (např. lékařskou péči, léčení v nemocnici apod.) ve státě, do něhož odjíždíte pracovat.

- Pokud ve státě, kde pracujete, přechodně pobýváte, požádejte svoji instituci zdravotního pojištění o vydání Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC). Pokud během pobytu budete potřebovat věcné dávky, musíte se prokázat tímto průkazem poskytovateli zdravotní péče.
- Pokud budete ve státě, v němž budete pracovat, žít, požádejte svoji instituci zdravotního pojištění o dokument S1 a co nejdříve jej předejte příslušné instituci zdravotního pojištění v místě, kde budete pracovat (**).

Prozatímně bude pojišťovna v zemi pobytu rovněž poskytovat zvláštní dávky v případě pracovního úrazu či nemoci z povolání.

1. OSOBNÍ ÚDAJE DRŽITELE

1.1 Číslo pojištění	<input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž
1.2 Příjmení	
1.3 Jméno	
1.4 Rodné příjmení (**)	
1.5 Datum narození	1.6 Státní příslušnost
1.7 Místo narození	
1.8 Adresa ve státě bydliště	
1.8.1 Ulice, číslo	1.8.3 PSČ
1.8.2 Obec	1.8.4 Kód země
1.9 Adresa ve státě pobytu	
1.9.1 Ulice, číslo	1.9.3 PSČ
1.9.2 Obec	1.9.4 Kód země

2. POUŽITELNÉ PŘÁVNÍ PŘEDPISY ČLENSKÉHO STÁTU

2.1 Členský stát	
2.2 Počáteční datum	2.3 Datum ukončení
<input type="checkbox"/> 2.4 Osvědčení je použitelné po dobu činnosti.	
<input type="checkbox"/> 2.5 Určení je prozatímní.	
<input type="checkbox"/> 2.6 Nařízení č. 1408/71 zůstává použitelné na základě čl. 87 odst. 8 nařízení č. 883/2004.	

(*) Nařízení (ES) č. 883/2004, články 11 až 16, a nařízení (ES) č. 987/2009, článek 19.

(**) Ve Španělsku musí být osvědčení předáno hlavním oblastním úřadům Národního institutu sociálního zabezpečení (INSS) v místě bydliště, ve Švédsku instituci sociálního pojištění v místě bydliště a v Portugalsku instituci sociálního zabezpečení v místě bydliště.

(***) Informace poskytnuté institucí držitelem, pokud instituci nejsou známy.

1/3

A1



Osvědčení týkající se právních předpisů v oblasti
sociálního zabezpečení, které se vztahují na držitele

3. POTVRZENÍ STATUSU VÝPLÝVAJÍCÍHO Z VAŠEHO POSTAVENÍ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3.1 Vyslaná zaměstnaná osoba | <input type="checkbox"/> 3.2 Zaměstnaná osoba pracující ve dvou či více státech |
| <input type="checkbox"/> 3.3 Vyslaná osoba samostatně výdělečně činná | <input type="checkbox"/> 3.4 Osoba samostatně výdělečně činná ve dvou či více státech |
| <input type="checkbox"/> 3.5 Úředník | <input type="checkbox"/> 3.6 Smluvní zaměstnanec ES |
| <input type="checkbox"/> 3.7 Námořník | <input type="checkbox"/> 3.8 Osoba pracující jako zaměstnanec a jako samostatně výdělečně činná v různých zemích |
| <input type="checkbox"/> 3.9 Osoba pracující jako úředník v jedné zemi a jako zaměstnanec / osoba samostatně výdělečně činná v jedné či více jiných zemích | <input type="checkbox"/> 3.10 Výjimka |

4. ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI / SAMOSTATNÉ VÝDĚLEČNÉ ČINNOSTI VE STÁTĚ, JEHOŽ PRÁVNÍ PŘEDPISY JSOU POUŽITELNÉ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 4.1.1 Zaměstnanec | <input type="checkbox"/> 4.1.2 Samostatná výdělečná činnost |
| 4.2 Identifikační číslo zaměstnavatele / osoby samostatně výdělečně činné | |
| 4.3 Jméno nebo název firmy | |
| 4.4 Sídlo | |
| 4.4.1 Ulice, číslo | 4.4.2 Kód země |
| 4.4.3 Obec | 4.4.4 PSČ |


5. ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI / SAMOSTATNÉ VÝDĚLEČNÉ ČINNOSTI V JINÉM ČLENSKÉM STÁTĚ / JINÝCH ČLENSKÝCH STÁTECH

- 5.1 Jméno (jména) nebo název firmy (názvy firem) a identifikační číslo firmy (firem) či lodě (lodí),
kde budete zaměstnán / zaměstnána

- 5.2 Adresa (adresy) či název (názvy) lodě (lodí), na níž (nichž) budete v „přijímajícím“ státě zaměstnán /
zaměstnána nebo na níž (nichž) budete vykonávat samostatnou výdělečnou činnost

- ☐ 5.3 Nebo bez stálé adresy ve státě (státech) zaměstnání / samostatné výdělečné činnosti

A1



Koordinace systémů sociálního zabezpečení

Osvědčení týkající se právních předpisů v oblasti sociálního zabezpečení, které se vztahují na držitele

6. INSTITUTE VYPLŇUJÍCÍ FORMULÁŘ

6.1 Název

6.2 Ulice, číslo

6.3 Obec

6.4 PSČ

6.5 Kód země

6.6 Kód instituce

6.7 Faxové číslo - kancelář

6.8 Telefonní číslo - kancelář

6.9 E-mail

6.10 Datum

6.11 Podpis


RAZÍTKO

3/3

Obrázek A: Formulář A1

Zdroj: interní zdroje Centra mezinárodních úhrad

Příloha B

S1

Koordinace systémů
sociálního zabezpečení

Registrace pro účely krytí zdravotní péče
Nařízení EU 883/04 a 987/09 (*)

INFORMACE PRO DRŽITELE

Toto osvědčení opravňuje vás a vaše rodinné příslušníky k nároku na věcné dávky (např. zdravotní péči, lékařskou péči atd.) v nemoci a mateřství a na rovnocenné otcovské dávky ve státě vašeho bydliště. Vaši rodinní příslušníci jsou kryti pouze tehdy, pokud splňují podmínky stanovené v právních předpisech státu bydliště. Osvědčení musí být co nejdříve předáno instituci zdravotního pojištění v místě bydliště (**).

Seznam institucí zdravotního pojištění viz na: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. OSOBNÍ ÚDAJE DRŽITELE

1.1 Osobní identifikační číslo v příslušném členském státě		
1.2 Příjmení		
1.3 Jméno		
1.4 Rodné příjmení (***)		
1.5 Datum narození		
1.6 Adresa ve státu bydliště		
1.6.1 Ulice, č.		1.6.3 Poštovní směrovací číslo
1.6.2 Obec	1.6.4 Kód země	UK
1.7 Status		
<input type="checkbox"/> 1.7.1 Pojištěná osoba	<input type="checkbox"/> 1.7.2 Rodinný příslušník pojištěné osoby	
<input type="checkbox"/> 1.7.3 Důchodce	<input type="checkbox"/> 1.7.4 Rodinný příslušník důchodce	
<input type="checkbox"/> 1.7.5 Žadatel o důchod		

2. PENĚŽITÉ DÁVKY DLOUHODOBÉ PÉČE

☐ 2.1 Držitel pobírá peněžité dávky dlouhodobé péče

(*) Nařízení (ES) č. 883/2004, články 17, 22, 24, 25, 26 a 34, a 987/2009, články 24 a 28.


(**) Ve Španělsku musí být osvědčení předáno hlavním oblastním úřadům národního ústavu sociálního zabezpečení (INSS) v místě bydliště, ve Švédsku instituci sociálního pojištění v místě bydliště a v Portugalsku instituci sociálního zabezpečení v místě bydliště.

(***) Informace poskytnuté instituci držitelem, pokud instituci nejsou známy.

1/2

©Evropská komise

S1



Koordinace systémů
sociálního zabezpečení

Registrace pro účely krytí zdravotní péče

3. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉ OSOBY

(vyplní se tehdy, má-li držitel nárok na zdravotní péči na základě pojištění jiné osoby)

3.1	Osobní identifikační číslo v příslušném členském státě
3.2	Příjmení
3.3	Jména
3.4	Rodné příjmení (*)
3.5	Datum narození
3.6	Adresa pojištěné osoby, pokud se liší od adresy v bodě 1.6
3.6.1	Ulice, č.
3.6.2	Obec
3.6.3	Poštovní směrovací číslo
3.6.4	Kód země
	UK

4. POJIŠTNÉ KRYTÍ OD/DO:

4.1	Počáteční datum	4.2	Datum ukončení
-----	-----------------	-----	----------------

5. INSTITUTE VYPLŇUJÍCÍ FORMULÁŘ

5.1	Název
5.2	Ulice, číslo
5.3	Obec
5.4	PSČ
5.5	Kód země
	UK
5.6	Kód instituce
5.7	Faxové číslo - kancelář
5.8	Telefonní číslo - kancelář
5.9	E-mail
5.10	Datum
5.11	Podpis

RAZÍTKO

(*) Informace poskytnuté institucí držitelem, pokud instituci nejsou známy.

2/2

Obrázek B: Formulář S1

Zdroj: interní zdroje Centra mezistátních úhrad

Příloha C

S2



Koordinace systémů
sociálního zabezpečení

Nárok na plánované léčení

Nařízení EU 883/04 a 987/09 (*)

INFORMACE PRO DRŽITELE

Toto osvědčení potvrzuje váš nárok na určitou lékařskou péči v zahraničí. Pokud ho předložíte instituci zdravotního pojištění ve státě, v němž budete léčeni, bude vám lékařská péče poskytnuta za stejných podmínek jako osobám, které jsou v tomto státě pojištěny.

Můžete mít nárok na doplatek náhrad podle vnitrostátních sazeb náhrad.

Informace v této věci vám poskytne vaše instituce zdravotního pojištění. Seznam institucí zdravotního pojištění viz na

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. OSOBNÍ ÚDAJE DRŽITELE

1.1	Osobní identifikační číslo v příslušném členském státě	
1.2	Příjmení	
1.3	Jména	
1.4	Rodné příjmení (**)	
1.5	Datum narození	
1.6	Současná adresa	
1.6.1	Ulice, č.	1.6.3 Poštovní směrovací číslo
1.6.2	Obec	1.6.4 Kód země UK


2. DRUH A MÍSTO LÉČENÍ

2.1	Léčení	
2.2	Místo léčení	
2.3	Očekávaná doba léčení	
2.3.1	Datum zahájení	2.3.2 Datum ukončení

(*) Nařízení (ES) č. 883/2004, články 20, 27 a 36, a 987/2009, články 26 a 33.

(**) Informace poskytnuté institucí držitelem, pokud instituci nejsou známy.

S2



Koordinace systémů
sociálního zabezpečení

Nárok na plánované léčení

3. INSTITUCE VYPLŇUJE FORMULÁŘ

3.1

Název

3.2

Ulice, číslo

3.3

Obec

3.4

PSC

3.5

Kód země

UK

3.6

Kód instituce

3.7

Faxové číslo - kancelář

3.8

Telefonní číslo - kancelář

3.9

E-mail

3.10

Datum

3.11

Podpis

RAŽITKO

2/2

Obrázek C: Formulář S2

Zdroj: interní zdroje Centra mezinárodních úhrad

Příloha D

POTVRZENÍ DOČASNĚ NAHRAZUJÍCÍ EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ <small>(Toto potvrzení se vydává na základě přílohy 2 Rozhodnutí č. 190 z 18. června 2003, týkající se technické specifikace Evropského průkazu zdravotního pojištění)</small>	
Označení formuláře 1. E-□□□□	Kód vydávající země 2. CZ
Informace o pojištěnci 3. Příjmení: 4. Jméno: 5. Datum narození: / / 6. Číslo pojištěnce:	
Informace o kompetentní instituci 7. Kód ZP:	
Informace o evropském průkazu zdravotního pojištění 8. Číslo průkazu: 9. Platnost do: / /	
Doba platnosti a) Od: / / b) Do: / /	Datum vydání formuláře c) / / Podpis a razítko instituce d)
Poznámky a informace: Všechny normy použité pro okem čitelné údaje na Evropském průkazu zdravotního pojištění týkající se názvů polí, hodnot, délky a poznámek se uplatní i na tomto Potvrzení.	

Obrázek D: Potvrzení dočasně nahrazující EHIC

Zdroj: interní zdroje Centra mezistátních úhrad

Příloha E

Potvrzení o nároku cizího pojištěnce z členské země EU, EHP a ze Švýcarska na čerpání lékařsky nezbytné péče po dobu přechodného pobytu v ČR

* Na základě:

- ☐ Evropského průkazu zdravotního pojištění platného do
Číslo průkazu
- ☐ Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz
vydaného dne platného od do

A. Identifikační údaje pacienta/ID of patient/Identität des Patienten

* Stát pojištění/ Insured in (State)/ Staat der Versicherung	
* Příjmení, jméno pojištěnce/ Surname and name(s) of the insured person/ Name und Vorname der Versicherten	
* Číslo pojištění/ Personal insurance number/ Versicherungsnummer im Ausland	
* Datum narození/ Date of birth/ Geburtsdatum	
Adresa ve státě pojištění/ Address of the insured person/ Anschrift im Staat der Versicherung	
* Kód kompetentní instituce/ Code number of the competent institution/ Institutionskennzeichen des Trägers	
Název a adresa kompetentní instituce/ Name and address of the competent institution/ Bezeichnung und Anschrift des zuständigen Trägers	
Druh a číslo osobního dokladu (pas, osobní průkaz ad.)/ Type of a pers. document and its number (passport, ID card etc.)/ Sorte und Nummer des vorgelegten Ausweises (Personalausweis, Reisepass, usw.)	Druh dokladu/Type of the document/Sorte des Ausweises Číslo dokladu/No. of the document/Nummer des Ausweises

B. Prohlášení pacienta/Erklärung des Patienten/Patient's declaration

1. Prohlašuji, že jsem na území České republiky nepříjel za účelem čerpání zdravotní péče.
I herewith declare that I did not travel to the Czech Republic with a view to receive a medical treatment.
Ich erkläre hiermit, dass ich nicht zwecks Inanspruchnahme medizinischer Behandlung ins Gebiet der Tschechischen Republik eingereist bin.

Mám v úmyslu pobývat v České republice do (datum).
I intend to stay in the Czech Republic until (date).
Ich gedenke mich in der Tschechischen Republik bis zum aufzuhalten.

2. Za výpomocnou zdravotní pojišťovnu volím
As the health insurance fund in the place of stay I choose (kód zvolené smluvní zdravotní pojišťovny).
Für die aushelfende Krankenkasse wähle ich (a code number of the chosen contractual HIF).
..... (die IK Nr. der ausgewählten Vertragskrankenkasse).

.....
(místo, datum)
Place, Date
Ort, Datum

.....
(podpis cizího pojištěnce)
Foreign insuree's signature
Unterschrift des Fremdversicherten

Obrázek E: Potvrzení o nároku

Zdroj: interní zdroje Centra mezistátních úhrad

Příloha F

Název zdravotní pojišťovny	
Pobočka/Expozitura/Územní pracoviště v	
.....	
kód pojišťovny:	evidenční číslo Potvrzení:
adresa:	
spojení:	
fax:	
telefon:	
e-mail:	

p o t v r z u j e

že pojištěnec (příjmení, jméno) datum narození

pojišťovací číslo ve státě :

číslo pojištěnce v ČR :

adresa ve státě :

adresa v ČR :

má

☐ podle Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004

☐ podle platné smlouvy mezi Českou republikou a

od do nárok na:

☐ věcné dávky v rozsahu nutné a neodkladné péče

☐ lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané době pobytu na území ČR. Péče musí být poskytnuta tak, aby se pacient nemusel do státu pojištění vracet předčasně. Toto Potvrzení neoprávnjuje k čerpání péče na účet české zdravotní pojišťovny, pokud sem pacient vycestoval pouze za účelem jejího poskytnutí.

☐ všechny věcné dávky zdravotní péče v plném rozsahu podle platných právních předpisů České republiky, jako by byl našim pojištěncem.

☐ léčení podle zdravotní pojišťovnou přiložené kopie souhlasu příslušné instituce (zdravotní pojišťovny / nemocenské pokladny) ve smluvním státě s lékařským ošetřením

Náklady poskytnuté zdravotní péče účtujte podle metodiky samostatnou fakturou se samostatnými dávkami.

dne razítko a podpis

* This certificate has to be submitted to the attending physician
Diese Bescheinigung ist dem behandelnden Arzt vorzulegen.

Obrázek F: Potvrzení o registraci

Zdroj: interní zdroje Centra mezistátních úhrad